

432
436
440
444
447
450
451
454
456

- ONDERZOEK** E-diagnostiek voor psychische stoornissen
Ies Dijkman, Geert Jan Dinant, Mark Spigt
- Waarom wordt draaiduizeligheid niet vaker behandeld?
Vincent van Vugt, Patria Diaz Nerio, Hans van der Wouden, et al.
- BESCHOUWING** Medische apps: zorg voor de toekomst?
Anne Loohuis, Niels Chavannes
- Peer coaching om ouderen gezond te houden
Paul van de Vijver, Frank Schalkwijk, David van Bodegom
- De aios in the lead!
Nynke van Dijk, Judy van Es, Mechteld Visser, et al.
- COMMENTAAR** Evidence-based medicine, meer dan evidence alleen
Marlous Kortekaas, Marie-Louise Bartelink
- BESCHOUWING** Eerste hulp bij medische tuchtzaken
Esther Pans
- COMMENTAAR** Slechtere zorg na een tuchtklacht?
Lotte van der Stap
- BESCHOUWING** De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited
Chris van Weel

460

NHG

Advies DOAC's in geactualiseerde NHG-Standaarden Atriumfibrilleren en Diepe veneuze trombose
Jip de Jong

461
465
469
474
475
476
477

- KLINISCHE LES** Ziekten van mens en dier
Cees Sluimer, Merel Langelaar
- Effectieve toepassingen van genetica
Elisa Houwink
- SPREEKUUR** Spreekuur van de toekomst
Jan Jacobs, Annet Solle, Bart Timmers
- CATS** Screenen op boezemfibrilleren met single-lead handheld ECG
Marianne Reimert, Anita Verhoeven
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Leren van evidence-based besluitvorming
Lisanne Welink
- IMPORT** Genetisch profiel als selectiecriteria voor statines
Eva Hendriks
- E-health verhoogt risico op ongelijkheid
Ilse Swinkels

JOURNAAL
INTERMEZZO
INTERVIEW
COLUMNS
GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE
SIGNAAL
BOEKEN
INTERMEZZO
ECG-CASUS
COLOFON H&W

33

HET NHG

Zestig jaar H&W: (r)evolutie van de huisarts



Ik neem u graag mee naar het leven van een huisarts zestig jaar terug. Vers uit de coschappen begint hij aan zijn werk. Hij schaft als een van de eersten uit het dorp een auto aan, waarmee hij elk moment van de dag én nacht naar een zieke patiënt of een vrouw durante partu kan rijden. Hij geniet hoog aanzien. Daartegenover staat wel een praktijk van vijf- tot zesduizend patiënten met een constant volle wachtkamer voor de open spreekuren. Niet gesteund door wetenschappelijke richtlijnen of intercollegiaal overleg binnen de praktijk onderbouwt hij zijn beslissingen voornamelijk door zijn klinische ervaring. Bij deze huisarts viel in 1957 de eerste H&W op de deurmat. Ik ben benieuwd wat zijn reactie was op het blad dat volstond met hoopvolle verwachtingen over huisartsgeneeskundig onderzoek, medische ontwikkelingen, (na)scholing en professionalisering van het vak. Zou hij sceptisch zijn geweest – eerst zien en dan geloven – of juist enthousiast?

Veel van deze verwachtingen zijn uitgekomen. Het leven van de huidige huisarts lijkt niet veel meer op dat van zestig jaar geleden. Als aankomende collega's stelden we dit nummer voor u samen, waarbij we het liefst vooruitkijken. Wanneer H&W over dertig jaar verschijnt (vast niet meer op de deurmat), hoe ziet ons vak er dan uit? Hoeveel (mannelijke) huisartsen zijn er? Welke nieuwe ziektebeelden kennen we en welke huidige behandelingen zijn ondertussen achterhaald? Gaat de snel ontwikkelende technologie inderdaad een grote rol spelen? Voeren wij onze consulten straks digitaal? Is de patiënt die zijn vitale functies en genetisch profiel op de telefoon bijhoudt een hypochonder of heeft hij een betere levenskwaliteit? Gebruiken we medische apps niet alleen voor betere diagnostiek en follow-up, maar ook voor grootschaliger eerstelijns onderzoek? En hoeveel dichter komen we bij *personalised medicine* door betere interpretatie van deze 'big data'?

Niemand heeft een glazen bol, dus het moet blijken welke (technologische) ontwikkelingen de beloftes waarmaken. Wie gaat bijvoorbeeld de effectiviteit en medische complicaties van alle nieuwe medische apps controleren? Daarnaast zullen er tal van gezondheidsproblemen blijven waarbij technologische vooruitgang niet genoeg zal zijn. Zoals het effectief bestrijden van de sedentaire levensstijl die samengaat met al dat gecomputer. Misschien wordt de grootste medische doorbraak van de toekomst wel de interventie die iedereen aan het bewegen krijgt!

En de huisarts van de toekomst... dat bent u! Hoe ziet u uw toekomst? Wat is uw grootste angst? De veranderingen in het vak? Of, zoals waarschijnlijk vele beginnende huisartsen met mij, de eerste keer dat u te maken krijgt met een tuchtklacht? Gaan we daarmee naar een defensievere geneeskunde en hoe beïnvloedt dat de kwaliteit van ons werk?

De toekomst over zestig jaar voorspellen zal niet lukken. Wel kunnen we u meenemen in een wereld aan visies op die toekomst en recente ontwikkelingen die ons vak zullen beïnvloeden. Wellicht denkt u nu ook: eerst zien en dan geloven. Die gedachte deel ik. Maar welke route we ook nemen, beladen met medische apps, genetische profielen of een focus op consultvoeringstechnieken voor de groeiende groep kritische patiënten: ik kan niet wachten om aan deze – onze – toekomst te beginnen! ■

Hanneke Borgdorff

Aios stellen toekomst centraal in jarig H&W

H&W bestaat zestig jaar. Om deze mijlpaal te vieren, vormden acht aios en aiotho's de redactie van dit jubileumnummer. Zij kozen ervoor om de toekomst centraal te stellen: hoe ziet de huisarts(geneeskunde) van de toekomst eruit? Met deze vraag als uitgangspunt maakten zij dit bijzondere nummer.

Uit de reacties die wij op onze oproep voor het gastredactieschap ontvingen, sprongen deze aios en aiotho's er direct uit vanwege hun kennis en kunde. Een groot deel rondde recent een promotie-

traject af of is hiermee nog bezig, en allen deelden hun bijzondere interesse in de wetenschap achter de huisartsenzorg.

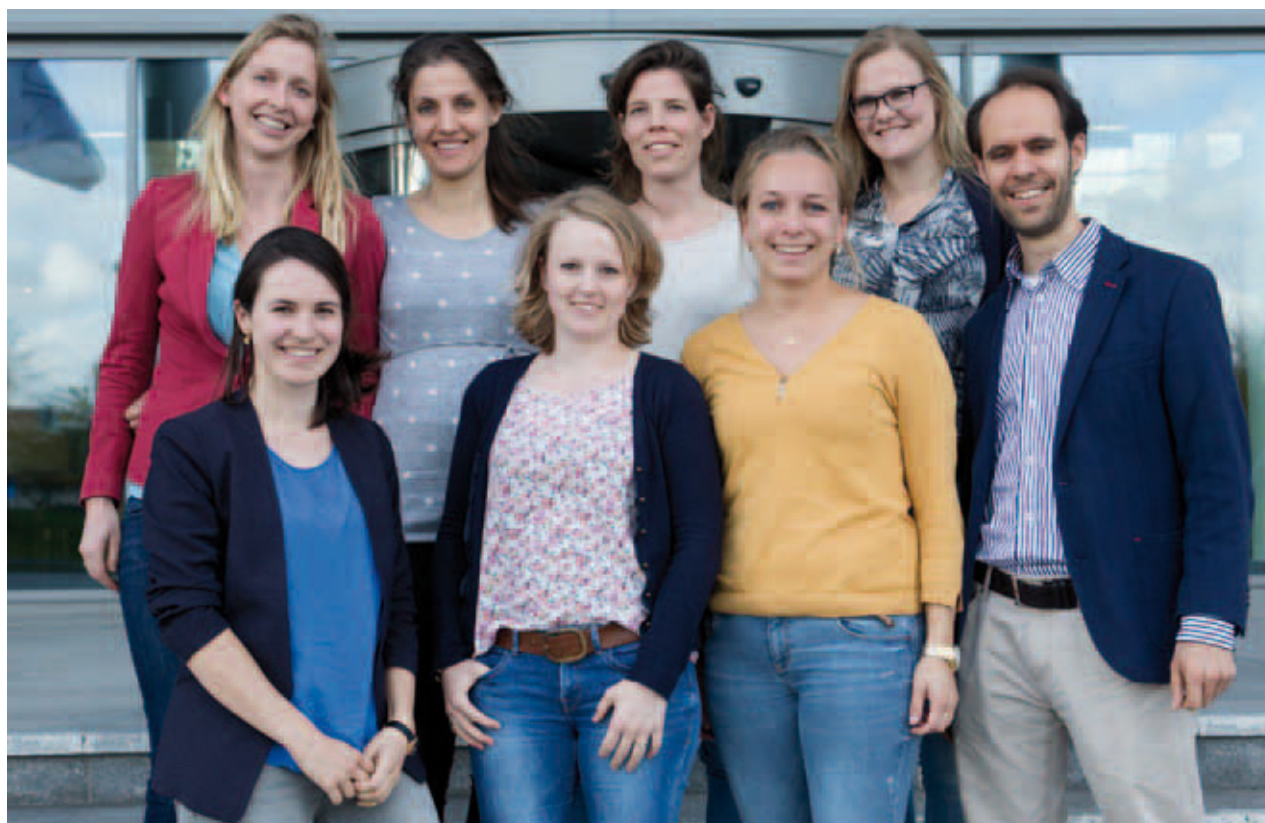
Tijdens het NHG-congres in november kwam de kersverse commissie voor het eerst bijeen om te brainstormen over de mogelijke invulling van het jubileumnummer. Al snel werd duidelijk dat de jonge aios niet te veel wilden terugblikken, maar de pijlen juist op de toekomst wilden richten. Want alle jonge artsen vragen zich af: hoe ziet onze toekomst er in een zo snel veranderende samenleving uit en met welke (on)mogelijkheden moeten we rekening houden?

De een vroeg zich hierbij af welke rol medische apps gaan spelen bij de

diagnostiek en follow-up, terwijl een ander benieuwd was hoe farmacogenetische profielen ingezet kunnen worden bij *personalised medicine*. Andere actuele kwesties: welke rol speelt leefstijladvies in het spreekuur van de toekomst en hoe gaan we om met de steeds ouder wordende patiëntenpopulatie?

Om op deze, en vele andere, vragen antwoord te krijgen, hebben zij diverse auteurs benaderd met het verzoek een bijdrage aan dit speciale nummer te leveren. Referenten en de reguliere redactiecommissie lazen mee om de artikelen te beoordelen. ■

Ivo Smeele, Judith Mulder



De gastredactie voor de ingang van de Domus Medica. Van links naar rechts, van boven naar onder: Hanneke Borgdorff (voorzitter), aios LUMC Leiden; Danka Stuijver, aios UMC Utrecht; Claudia Bijen, aios Erasmus MC Rotterdam; Lisanne Jonker, aios AMC Amsterdam; Loes Wouters, aiotho UMC Utrecht; Chantal Panman, aiotho UMCG Groningen; Marcelle van Eupen, aios Radboudumc Nijmegen; Tobias Bonten, aios en postdoc LUMC Leiden.

Virtual reality-bril bij de ziekte van Parkinson

De inzet van moderne technologie in de gezondheidszorg neemt toe en kan mogelijk een positieve bijdrage leveren aan de zorg. In een Cochrane-review werd onderzocht of virtual reality gebruikt kan worden bij het revalideren van patiënten met de ziekte van Parkinson. De auteurs vonden een mogelijke verbetering van de paslengte, maar het wetenschappelijk bewijs was van matige tot slechte kwaliteit.

De auteurs keken naar de motorische functies (paslengte, balans, gang) bij mensen met de ziekte van Parkinson die actief (fysiotherapie), passief (educatie of geen behandeling) of met virtual reality werden behandeld. Virtual reality zou makkelijker in te zetten zijn bij revalidatieprogramma's en ook in de thuissituatie goed bruikbaar zijn.

Zij vonden acht onderzoeken die geschikt waren voor analyse, met in totaal 263 patiënten. Vanwege de sterk wisselende onderzoeksopzet en meting van resultaten werd het bewijs als matig tot slecht beoordeeld. In de onderzoeken



kregen sommige patiënten materialen met virtual reality, andere fysiotherapie. De auteurs vergeleken de motorische functies van beide groepen, in een periode van vier tot twaalf weken.

Inzet van virtual reality bleek in drie onderzoeken (106 deelnemers) een kleine verbetering in paslengte te geven ten opzichte van actieve interventies (SMD 0,69; 95%-BI 0,30 tot 1,08), zonder een duidelijke verbetering van de kwaliteit van leven. Op de uitkomstmaten balans, gang en kwaliteit van leven bleken virtual reality en fysiotherapie gelijkwaardig. De auteurs schrijven dat verbetering van paslengte wellicht samengaat

met andere verbeteringen in ganggerelateerde symptomen, al blijkt dat niet duidelijk uit hun analyse.

Gaan we nu massaal virtual reality-brillen uitdelen aan patiënten met de ziekte van Parkinson? Daarvoor is het nog te vroeg, meer en beter opgezet onderzoek is noodzakelijk. Wie weet schrijft de huisarts in de toekomst niet alleen medicatie voor, maar ook een recept voor een virtual reality-bril. ■

Lieke Delemarre

Dockx K, et al. Virtual reality for rehabilitation in Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev 2016;12:CD010760.

CRP-test niet voor alle acuut zieke kinderen

Voordat u de volgende patiënt, een kind met koorts, binnenroept, krijgt u een telefoontje van uw assistente: "de CRP-waarde was < 5". Is dit de toekomst? Een recent verschenen onderzoek laat zien dat een CRP-test bij ieder acuut ziek kind in de huisartsenpraktijk geen meerwaarde heeft boven het alleen testen van kinderen die aan de 'klinische risicofactoren' voldoen.

De onderzoekers bekeken 3147 consulten van acuut zieke kinderen (< 5 dagen ziekte duur), de kinderen waren een maand tot 16 jaar oud. Het onderzoek vond plaats bij 133 huisartsen, verdeeld over 78 huisartsenpraktijken in België (Vlaanderen). De onderzoekers verdeelden de praktijken in twee groepen. De

ene groep deed bij ieder acuut ziek kind een CRP-test. De andere groep deed dat alleen bij kinderen die voldeden aan een van de volgende criteria: dyspnoe, temperatuur > 40°C, diarree (leeftijd van twaalf tot dertig maanden) en niet-pluisgevoel van de huisarts. In deze groep kreeg uiteindelijk 20% van de kinderen een CRP-test. De huisartsen hielden van alle kinderen tot vijf dagen na de CRP-test bij of ze naar het ziekenhuis werden verwezen, of ze werden opgenomen en zo ja, met welke diagnose.

De onderzoekers vonden geen significante verschillen tussen beide groepen in deze uitkomstmaten. Helaas vergeleken zij de uitkomstmaten niet met een groep die de standaardzorg kreeg en zij keken evenmin naar uitkomstmaten als antibioticabeleid en ziekte duur. Interessant is dat 55% (6/11) van de kin-

deren met een ernstige infectie (zoals sepsis of pneumonie) initieel een CRP had van < 20 mg/L. Van de kinderen met een CRP < 5 mg/L had er niemand een ernstige infectie. Bij een afkapwaarde van > 5 mg/L hadden 1079 (54%) van de in totaal 2004 kinderen die een CRP-test kregen een foutpositieve testuitslag. Bij een afkapwaarde van > 20 mg/L was dat 27% (533/2004). Het lijkt dus of een CRP-waarde vooral gebruikt moet worden om een serieuze infectie uit te sluiten. Bij ieder kind met koorts een CRP-test doen? Zeker niet. Blijf vooral vertrouwen op uw klinische blik. ■

Marcelle van Eupen

Verbakel JY, et al. Should all acutely ill children in primary care be tested with point-of-care CRP: a cluster randomised trial. BMC Medicine 2016;14:131.

De rollen omgedraaid: veertig jaar NIVEL beroepenregistraties

Ook voor statistieken geldt dat resultaten in het verleden geen garantie bieden voor de toekomst. Toch kunnen historische trends helpen de visie op de komende jaren beter te onderbouwen dan alleen met gevoel.

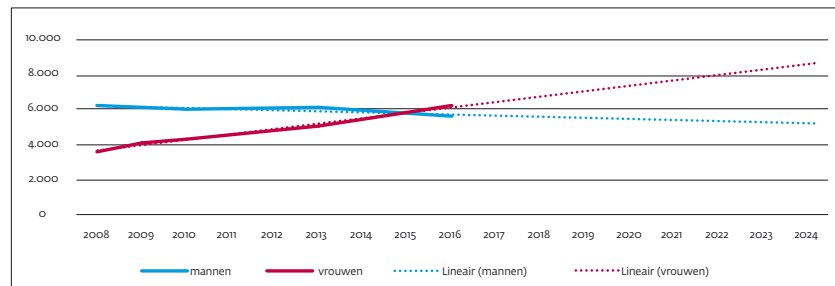
Een voorbeeld hiervan is de spectaculaire groei van het aantal vrouwelijke huisartsen in Nederland. In 1975, toen het NIVEL begon met de beroepenregistratie, was nog geen 5% van de werkzame huisartsen vrouw. Gedurende veertig jaar is dit percentage constant gestegen, vooral na 2005. In 2015 bereikte het percentage de grens van 50%, in 2016 is ruim 52% van de werkzame huisartsen vrouw. Trekken we deze trend over de laatste acht jaar nog eens acht jaar door, dan zien we in **figuur 1** dat de rollen in vijftien jaar letterlijk zijn omgedraaid. In 2024 is naar schatting 63% van de huisartsen vrouw, terwijl in 2008 63% man was.

Parttime werken

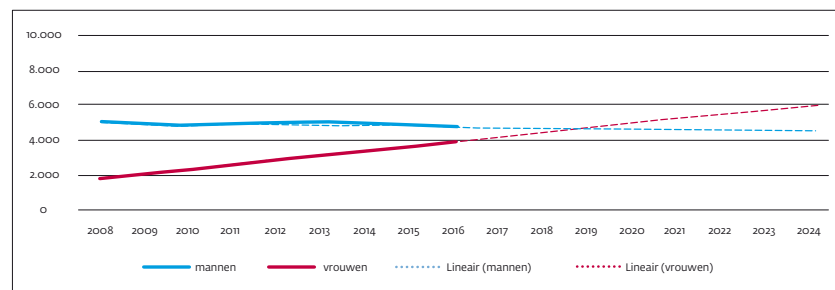
Een verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen is echter het werken op parttime basis. Ook dat wordt sinds decennia gemeten met de NIVEL huisartsenregistratie. Werkten in 1975 nagenoeg alle (mannelijke) huisartsen fulltime, in 2016 werkten vrouwen ruim drie dagen per week (0,65 fte) en mannen ruim vier (0,85 fte). Dat betekent dat in 2016 de totale huisartsencapaciteit, uitgedrukt in fte, nog steeds voor een merendeel (54%) door mannen wordt geleverd. **[Figuur 2]** laat op basis van eenzelfde extrapolatie zien dat het een kwestie

In 2016 leverden mannelijke huisartsen het merendeel (54%) van de huisartsencapaciteit.

Figuur 1 Het aantal werkzame huisartsen naar geslacht, van 2008 tot 2016, met een extrapolatie naar 2024.



Figuur 2 Het aantal werkzame huisartsen en hun capaciteit in fte naar geslacht, van 2008 tot 2016, met een extrapolatie naar 2024.



van tijd is dat ook deze rollen worden omgedraaid. In 2019 is de capaciteitsverdeling fiftyfifty, en in 2024 wordt 54% van de totale huisartsencapaciteit geleverd door vrouwen.

Langzame daling solisten

Niet alle trends verlopen echter rechtlijnig. Zo verloopt de daling van het aantal solisten onder huisartsen langzamer dan eerder werd gedacht, maar dit fenomeen is ook lastiger te meten. Binnen de NIVEL beroepenregistratie moest een aantal jaren geleden de definitie van 'huisartsenpraktijk' worden aangepast. Konden praktijken in het verleden eenvoudig op basis van

hun unieke adres worden geteld, nu wordt iedere huisarts gevraagd of deze een eigen praktijk voert – al dan niet met collega-huisartsen en ondersteunend personeel in dienst. Daardoor kan het NIVEL rekening houden met de trend dat praktijken steeds groter worden en huisartsen als enige praktijkhouder op eenzelfde adres gevestigd kunnen zijn (bijvoorbeeld onder een dak of in een gezondheidscentrum). Het aandeel solopraktijken is daarmee in 2016 nog steeds relatief hoog: 41%. Of dit aandeel in de toekomst zal veranderen, is lastiger te voorspellen dan de zo duidelijke feminisering. Maar ook hiervoor geldt: goed beschreven gegevens uit het verleden bieden geen garantie, maar wel een basis waarop beleid en discussies in het veld gevoerd kunnen worden. ■

Ronald Batenburg

Het aanzien van de huisarts

Halverwege de vorige eeuw behoorde de huisarts tot de top 3 van de notabelen in de gemeenschap. Tegenwoordig staat de huisarts nog steeds in de top 10 van beroepen met het meeste aanzien. Hoewel iets gedaald, bleef die positie de laatste tien jaar stabiel. Medische beroepen doen het in het algemeen goed met de chirurg op 1, de internist op 4 en de radioloog op 11.

Het aanzien van de huisarts werd eerder in H&W besproken in 1962 en in 1991. De salarisdiscussie bij leraren was voor het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt aanleiding om het aanzien van beroepen opnieuw te onderzoeken. Een mooie mogelijkheid om te zien hoe het anno 2017 is met het aanzien van de huisarts.

Maatschappelijke ontwikkelingen in de laatste halve eeuw waren van invloed op dat aanzien. Rond 1950 was de huisarts de meest belangrijke arts. Er waren toen meer huisartsen dan specialisten. Sindsdien verdubbelde het aantal huisartsen van 4.500 tot 9.000 in 2010, terwijl het aantal specialisten in dezelfde periode bijna verzevenvoudigd is van

	Beroep	2016	2006	1982	1953
1.	Chirurg	1	1	1	–
2.	Rechter	2	2	2	3/4
3.	Burgemeester	3	3	5	3/4
4.	Internist	4	–	–	–
5.	Advocaat	5	9	9	7
6.	Directeur grote onderneming	6	7	10	8/10
7.	Notaris	7	11	8	6
8.	Piloot	8	13	12	–
9.	Huisarts, zelfstandig gevestigd	9	10	7	2
10.	Hoogleraar	10	5	4	1
11.	Radioloog	11	–	–	–
12.	Commissaris politie	12	6	13	–
13.	Ingenieur weg- en waterbouw	13	12	11	5
138.	Vuilnisophaler	138	104	112	–

2.900 naar 20.000. Deze toename speelt een rol, maar ook ontwikkelden medisch specialisten zich als experts met aanzien in de ivoren toren van het ziekenhuis. De grote toename van technische mogelijkheden bij diagnostiek en behandeling droeg bij aan hun aanzien. Bovendien groeide het salaris van de specialisten sterker dan dat van huisartsen. Huisartsen deden hun witte jas uit, mochten bij de voornaam worden genoemd en kwamen daarmee uit hun ivoren toren.

De huisarts kreeg een gelijkwaardigere relatie met de patiënt en betaalde daar tol voor. Het aanzien van mensen in dienstverband is lager, dat geldt ook voor huisartsen. En de toename van het

aantal vrouwelijke huisartsen deed het aanzien van het beroep huisarts geen goed. Wel kennen ouderen het beroep huisarts meer aanzien toe dan jongeren, waarschijnlijk doordat zij hebben ervaren hoe belangrijk de rol van de huisarts is bij serieuze problemen.

De positie van de huisarts in de maatschappij is stabiel. Het ligt niet voor de hand dat hier de komende tijd iets in verandert. De tijd zal het leren. ■

Just Eekhof

Cörvers F, et al. Status en imago van de leraar in de 21ste eeuw. Rapport ROA-R2017/5. <https://www.nro.nl/kb/405-15-812-imago-en-status-van-de-leraar-in-de-21e-eeuw>.

Apptip van de toekomst: Clinicards

Deze app illustreert hoe medische apps in de toekomst kunnen worden ontwikkeld. De veelbelovende app heet Clinicards en zit nog in de bètafase (testfase dus), maar wordt al wel ingezet als pilot.

Wat doet deze app? De zorgverlener neemt een abonnement op een beveiligd online platform. Vanuit dat platform

kun je patiënten uitnodigen, waarbij je van tevoren modules die voor die patiënt nuttig zijn eenvoudig op hun basisapp installeert. De beschikbare onderdelen zijn: vastleggen van

stappen, dagboek, vragenlijsten, drinken, plassen, urineverlies, ECG, slapen, bloeddruk, VAS-score, lastmeter, temperatuur, zuurstofsaturatie, hartslag, oefeningen en eiwitinname. In ontwikkeling zijn: gewicht, DAS28 (reuma), foto, medicatie, moedermelk en voeding baby.

Het vullen van de modules gebeurt deels doordat de patiënt gegevens invoert en deels automatisch. Een moderne telefoon zit immers al vol met sensoren en die kunnen automatisch uitgelezen worden. Er kunnen ook koppelingen worden gemaakt met externe sensoren. In de ziekenhuizen wordt al gewerkt met de Checkme van het bedrijf Viatom; een klein kastje dat als holter kan functioneren maar ook een basis-ECG registreert, evenals zuurstofsaturatie, slaap, temperatuur, stappen en bloeddruk.

Onze ervaringen zijn eigenlijk nog

niet te beschrijven, maar we hebben wel van de app mogen 'proeven'. Zowel de basisapplicatie als de patiëntenapp blinken uit in design en lay-out. Er is aandacht voor privacy, de app maakt duidelijk dat de gegevens die worden ingevoerd met de arts worden gedeeld. Ook is de app goed beveiligd met een pincode of met de vingerafdruksensor van de telefoon. Het concept voelt 'solide' en flexibel. Wij denken dat Clinicards met recht een app van de toekomst is. ■

Annet Sollié, Bart Timmers

Naam Clinicards

Maker Synappz

Doel Concept van platform voor zorgverlener en app voor patiënt met meerdere modules, koppelbaar met sensoren, voor het op afstand monitoren

Platform iOS (op dit moment)

Prijs Nog niet bekend

Oordeel Nog niet, maar verwachting *****



Smart technologie bij COPD: effectief tot zes maanden

Interventies voor zelfmanagement bij mensen met COPD via smart technologie (apps, Skype, websites) blijken een beperkt en kortdurend (zes maanden) maar positief effect te hebben. Dat blijkt uit een recente Cochrane-review.

De auteurs zochten in de literatuur naar RCT's (randomized control trials) die het effect onderzochten van interventies met smart technologie bij zelfmanagement voor COPD. Zij vonden slechts drie geschikte, recente onderzoeken met in totaal 557 deelnemers, de gemiddelde leeftijd was 64 jaar. Van deze deelnemers kregen er 319 ondersteuning via smart technologie en 238 de gebruikelijke begeleiding, dus niet digitaal, zoals een consult/gesprek of geschreven adviezen/begeleiding gedurende een periode van zes maanden.

De auteurs definieerden voor het literatuuronderzoek relevante uitkomstwaarden, waarvan de meerderheid helaas niet werd teruggevonden in de onderzoeken: onder andere longfunctie, angst, depressie en kosteneffectiviteit. Wel zagen zij een positief effect op de uitkomstmaten kwaliteit van leven (significant tot zes maanden, maar niet meer bij twaalf maanden) en fysiek ac-

tiviteitsniveau (864 stappen meer per dag bij smart technologie tot zes maanden, na twaalf maanden geen effect meer). Zij vonden geen verschillen bij het aantal ziekenhuisopnames en acute exacerbaties. De kwaliteit van de onderzoeken was niet hoog en dus konden de auteurs geen keiharde conclusies trekken. Zoals vaker is er meer kwalitatief goed onderzoek nodig.

Voor de praktijk betekenen de resultaten dat smart health geen *one size fits all*-oplossing is bij chronische ziekten, zoals COPD. Huisartsen moeten per patiënt bekijken of smart technologie past en meerwaarde kan hebben. Persoonsgerichte zorg dus. Verbeteringen zijn dan vooral in het begin te verwachten. ■

Annet Sollie

McCabe C, et al. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;5:CD011425.



Credit: Shutterstock/violetkapla

Apptip PalliArts

PalliArts bundelt informatie over palliatieve zorg. De app is niet vernieuwend maar wel handig, omdat veel nuttige informatie nu bij elkaar staat. De app is ontwikkeld door twee mensen van het Netwerk palliatieve zorg Zuid-Oost Brabant, in samenwerking met het IKNL en ondersteund door Stichting Fibula (belangenbehartiger palliatieve netwerkzorg).

De app oogt aantrekkelijk en is over het algemeen stabiel, al blijft deze bij het opstarten soms 'hangen' in het laden van data. Er is aandacht voor landelijke richtlijnen en voor informatie over de regio.

Het landelijke stuk bestaat uit drie onderdelen: Richtlijnen, Medicatie/tabellen en Checklists. Daarnaast zijn er nog twee losse onderdelen: Handige links en Voorlichtingsfolders (direct te delen met patiënten of mantelzorgers). Bij Richtlijnen staat dezelfde informatie als op Pallialine.nl, alleen met extra handigheidjes. Je kunt per richtlijn snel naar het gewenste hoofdstukje

springen en veelgebruikte richtlijnen als favoriet instellen. Het onderdeel Medicatie/tabellen bevat eigenlijk niet meer dan samenvattingen en overzichten van papieren materiaal, maar dan in een handig staatje bij elkaar, groten-deels over opioïden. Nuttig is bijvoorbeeld de tabel met medicamenten die zijn te combineren in een pomp. Hetzelfde geldt voor Checklists. Hier staan veel onderwerpen bij elkaar, variërend van brede onderwerpen als 'besluitvorming in de palliatieve fase' tot concrete als de samenvattingskaart palliatieve sedatie.

Na het selecteren van uw eigen regio komen er nog twee functies bij: (regionale) organisaties en consultatiemogelijkheden, functionele en nuttige opties.

PalliArts is geen wonder van innovatieve techniek, maar wel een bijzonder nuttig instrument ter ondersteuning van onze dagelijkse taken bij palliatieve zorg. Met name de mogelijkheid om regionale functies te kunnen inzien, is erg handig. ■

Annet Sollie, Bart Timmers

Naam PalliArts

Maker IKNL

Doel Alle richtlijnen, documenten, checklists en andere nuttige informatie over palliatieve zorg op landelijk en regionaal niveau, onder handbereik in een app.

Platform iOS en Android

Prijs Gratis

Oordeel ****





E-diagnostiek voor psychische stoornissen

Samenvatting

Dijkman I, Dinant GJ, Spigt M. E-diagnostiek voor psychische stoornissen. *Huisarts Wet* 2017;60(9):432-5.

ACHTERGROND Ter ondersteuning van de huisarts is een e-diagnostieksysteem ontwikkeld voor het classificeren van een mogelijke DSM-IV-stoornis.

METHODE Wij vergeleken de validiteit van het e-diagnostieksysteem door routinematig verzamelde uitslagen van 496 patiënten van Limburgse huisartsenpraktijken te vergelijken met het oordeel van een psycholoog. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de vier psychologen werd bepaald aan de hand van honderd aselect geselecteerde dossiers uit een voorgaand onderzoek. We analyseerden de concurrente validiteit van het e-diagnostieksysteem door middel van sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarde en Cohens kappa.

RESULTATEN De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was voldoende tot goed. Het systeem kon diverse stoornissen correct herkennen, uitsluiten en voorspellen. Het kon de afwezigheid van een as-II-stoornis adequaat bepalen (sensitiviteit en specificiteit 75%) en het gaf het correcte advies voor het echelon van behandeling (sensitiviteit 85 tot 92%, specificiteit 96 tot 99%). Het systeem genereerde voor een aantal klinische stoornissen echter veel foutpositieve en foutnegatieve diagnoses en beoordeelde het algemeen functioneren (as V) minder goed.

CONCLUSIE Het onderzochte e-diagnostieksysteem is in de huisartsenpraktijk een valide screeningsinstrument voor de meeste DSM-IV-classificaties. Het kan de huisarts ondersteunen bij diagnostiek en verwijzing, maar vanwege de kans op een foutpositief of foutnegatief resultaat kan het een klinisch oordeel niet vervangen. Een versie op basis van DSM-5 wordt momenteel gevalideerd.

INLEIDING

Huisartsen spelen een cruciale rol bij het identificeren van patiënten met psychische stoornissen en moeten vaak in korte consulten beslissen of – en welk type – zorg noodzakelijk is. Stoornissen kunnen echter worden gemist, bijvoorbeeld omdat klachten somatisch worden geïnterpreteerd of worden genormaliseerd.^{1,2} Veel psychische stoornissen worden dan ook te weinig of te vaak herkend, of anders gelabeld.¹⁻⁴ Ook krijgen patiënten vaak niet de juiste behandeling, wat kan resulteren in een slechte prognose.⁵⁻⁸

Om psychische stoornissen te identificeren kunnen screeningsvragenlijsten behulpzaam zijn, maar huisartsen maken hier vaak geen gebruik van.⁹⁻¹² Vragenlijsten worden vaak gezien als tijdrovend of te beperkt inzetbaar.¹¹ E-mental health, waarbij informatie- en communicatietechnologie gebruikt wordt ter ondersteuning van de ggz, maakt intensieve uitwisseling van informatie mogelijk.^{13,14} Toch zijn er tot dusver slechts enkele, beperkt toepasbare online screeningsvragenlijsten beschikbaar om psychische stoornissen in kaart te brengen.¹⁵⁻¹⁷

Recentelijk heeft het bedrijf TelePsy (www.telepsy.nl) een e-diagnostieksysteem voor psychische klachten geïntroduceerd dat de meeste classificaties volgens de DSM-IV in kaart brengt.¹⁸ Een versie gebaseerd op de DSM-5 wordt momenteel gevalideerd. Het systeem, TeleScreen genaamd, kan door huisartsen en poh-ggz worden gebruikt als bron van informatie bij het classificeren van psychische stoornissen. Het systeem is adaptief. Als een persoon niet voldoet aan de vereiste hoofdcriteria van een stoornis, stelt het geen vervolgvragen. Het is uitgebreider dan een screeningssysteem maar minder uitgebreid dan een compleet diagnostisch systeem, aangezien er sprake is van voorlopige classificaties in plaats van definitieve diagnoses. Patiënten beantwoorden online vragen en worden altijd benaderd door een hulpverlener om de waarschijnlijke classificaties uit het systeem te controleren. Het systeem wordt op dit moment op verschillende manieren gebruikt: huisarts of poh-ggz kunnen de resultaten zelf interpreteren of dat laten doen door een (externe) psycholoog.

Toegang tot de gegevens van het systeem en beoordeling door een externe psycholoog maakten het mogelijk de validiteit van het systeem te onderzoeken door de classificaties van het systeem te vergelijken met die van de psycholoog. De onderzoeksvraag luidde: 'Wat is de concurrente validiteit van het

Wat is bekend?

- Er zijn valide online vragenlijsten voor psychische klachten, maar de meeste zijn voor de huisarts beperkt bruikbaar.
- Er is een e-diagnostieksysteem ontwikkeld waarmee patiënten snel en online gescreend kunnen worden op een DSM-IV-classificatie.

Wat is nieuw?

- Het onderzochte e-diagnostieksysteem is een valide instrument waarmee in de huisartsenpraktijk de meeste DSM-IV-classificaties in kaart gebracht kunnen worden.
- Een e-diagnostieksysteem kan huisarts en poh-ggz ondersteunen in de diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen en een bruikbaar echelonadvies geven.
- Het inzetten van uitgebreide e-diagnostiek vóór in plaats van na een verwijzing is nieuw.

Maastricht University, CAPHRI School for public health and primary care, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: I. Dijkman, psycholoog; prof.dr. G.J. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. M. Spigt, gezondheidswetenschapper (tevens Arctic University of Norway, Tromsø) • Correspondentie: m.spigt@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: TelePsy heeft de studie gefinancierd door ID het onderzoek te laten doen en toegang te geven tot het database-stand. Maastricht University betaalde voor de onderzoekstijd van MS en GD. ID heeft een parttime positie als Research and Development Manager bij TelePsy en een parttime positie als externe PhD-student bij Maastricht University.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Dijkman I, Dinant GJ, Spigt M. The concurrent validity of a new eDiagnostic system for mental disorders in primary care. *Fam Pract* 2016;33:607-16. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever. Gegevens zijn geactualiseerd (zie Methode).

onderzochte e-diagnostieksysteem vergeleken met het oordeel van de psycholoog bij patiënten in de huisartsenpraktijk?

Concurrente validiteit, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Concurrente validiteit is de mate van overeenstemming tussen een bepaalde test en een referentietest, zo mogelijk een gouden standaard. In ons onderzoek vergeleken we de uitslagen van een e-diagnostieksysteem met het oordeel van een psycholoog over dezelfde patiënten.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de mate van overeenstemming tussen dezelfde metingen, uitgevoerd door verschillende beoordelaars.

METHODE

Onderzoeksopzet

De huidige resultaten van het onderzoek naar de validiteit van het systeem zijn prospectief onderzocht bij patiënten in Limburg van juni tot november 2016. Het betreft nieuwe resultaten ten opzichte van eerdere resultaten. Daarnaast werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht door middel van een aselecte steekproef van honderd dossiers, verzameld tussen november 2013 en april 2014 in het kader van ons voorgaande onderzoek.¹⁹

Naar het oordeel van de medisch-ethische commissie van Maastricht University viel dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

Procedure

De procedure en het e-diagnostieksysteem zijn uitgebreid beschreven in ons oorspronkelijke artikel.¹⁹ De huisarts of poh-ggz bepaalden zelf welke patiënten zij aanmeldden. Veelvoorkomende vragen waren of er mogelijk sprake was van een angst-, stemmings-, persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis en in welk echelon (huisartsenpraktijk met poh-ggz, generalistische ggz of specialistische ggz) de patiënt het best behandeld kon worden. Na de aanmelding ontving de patiënt een e-mail met een beveiligde link naar het systeem. Vervolgens beantwoordde de patiënt online vragen om classificaties op de assen I tot en met V in kaart te brengen. Zodra een patiënt voldeed aan de criteria van een DSM-IV-classificatie genereerde het systeem automatisch een indicatie op alle vijf de assen en een echelonadvies.

Nadat de patiënt de online vragen had afgerond, bekeek een psycholoog de antwoorden en vormde een werkhypothese. De psychologen baseerden hun diagnostisch oordeel op de classificaties uit het systeem, aangevuld met informatie uit het systeem over bijvoorbeeld de hulpvraag, de behandelingsgeschiedenis, suïcidegedachten of de ernst van de stoornis zoals in kaart gebracht met gevalideerde vragenlijsten.

Tot slot namen de psychologen telefonisch contact op met alle patiënten om de klachten te evalueren, eigen vragen te stellen, de door het systeem gegenereerde classificaties kritisch te beoordelen en zo nodig onduidelijke testresultaten te verhelderen. Via het huisartsinformatiesysteem stuurden de

psychologen na dit consult een rapport waarin ze de klachten van de patiënt beschreven, met een eigen voorlopige DSM-IV-classificatie en een echelonadvies gebaseerd op de richtlijnen.²⁰

In- en exclusiecriteria

Patiënten die ouder waren dan 18 jaar, de volledige procedure hadden doorlopen en toestemming gaven voor het onderzoek, zijn geïnccludeerd. Geëxcludeerd werden patiënten bij wie de klachten zo complex waren dat adequaat onderzoek door de psycholoog en adequate classificatie niet mogelijk bleken, patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten, patiënten met vermoedelijk een neurologische aandoening en patiënten met beperkte intellectuele capaciteiten op basis van de inschatting van de psycholoog.

Beoordelaars

Vier psychologen (één vrouw, drie mannen, leeftijd 29-30 jaar) classificeerden de patiënten volgens de DSM-IV. Hun werker-
varing varieerde van zes maanden tot vijf jaar. Alle psychologen hadden de graad van master of science in de Psychologie of Gezondheidswetenschappen behaald en een basisaan-
tekening psychodiagnostiek. Ze kregen supervisie van een gere-
gistreerde gezondheidszorgpsycholoog-psychotherapeut.

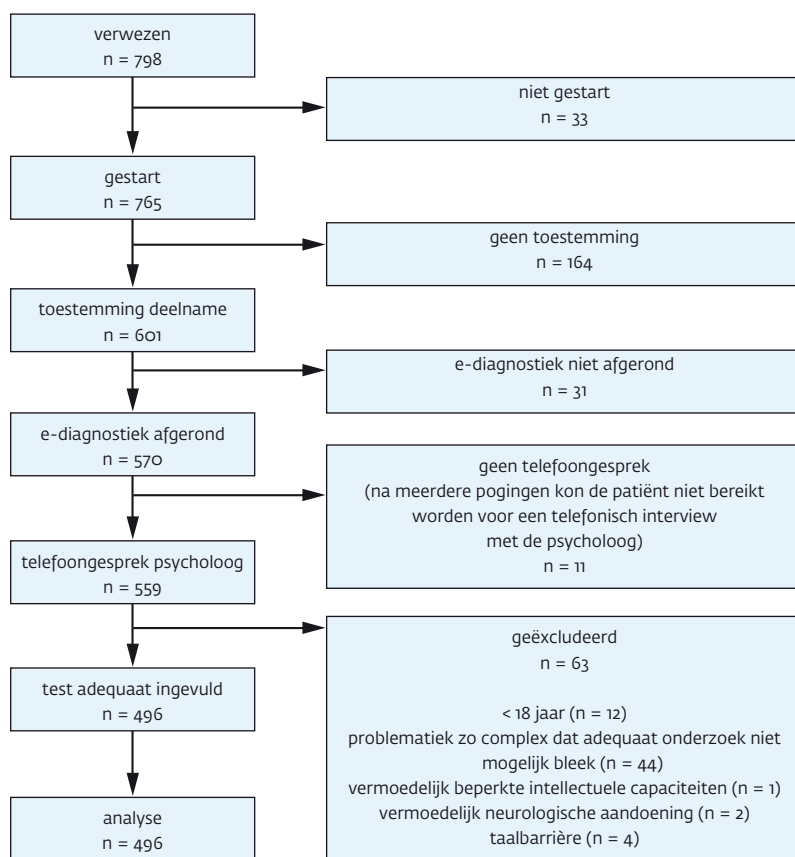
Statistische analyse

Honderd patiëntdossiers werden beoordeeld. Elk patiëntdos-

E-diagnostiek ondersteunt de huisarts bij diagnostiek en verwijzing voor de meeste DSM-IV-classificaties. Het vervangt niet het klinisch oordeel.



Foto: Shutterstock



Figuur Inclusieprocedure

sier werd beoordeeld door tenminste twee psychologen. In totaal waren vier psychologen betrokken bij de evaluatie. Analyses werden uitgevoerd met SPSS 21.0. Cohens kappa (k) met 95%-BI werd berekend en geïnterpreteerd volgens de methode van Fleiss.²¹

De concurrente validiteit werd onderzocht met behulp van sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarde en kappawaarde.²² Of een score op deze testkenmerken acceptabel is, hangt af van de situatie, het doel van de test en de klinische consequenties van een foutpositieve of foutnegatieve uitslag.^{23,24}

RESULTATEN

Deelnemers

In totaal werden 798 patiënten verwezen naar het e-diagnostieksysteem, 601 patiënten gaven toestemming voor deelname aan het onderzoek. Daarbij hebben 559 het gehele diagnostische proces doorlopen. In totaal werden 496 patiënten geïncludeerd en 63 dossiers geëxcludeerd (zie **figuur**). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 38 jaar (SD 13; uitersten 18-72).

Betrouwbaarheid

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was acceptabel voor

de meeste classificaties op as I en as II ([**tabel 1**] op www.henw.org).²⁵ Voor de meeste classificaties was de betrouwbaarheid voldoende tot goed of uitstekend, behalve voor de classificaties 'depressieve stoornis niet anderszins omschreven', 'obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis' en 'classificatie op as II uitgesteld'.²¹ De overeenstemming op de assen III-V en op het echelonadvies was voldoende tot goed of uitstekend.

In percentages uitgedrukt was de overeenstemming hoog voor alle uitkomsten, behalve voor 'classificatie op as II uitgesteld' (62%).

Validiteit

[**Tabel 2**] (zie henw.org) geeft een overzicht van de validiteit van het onderzochte e-diagnostieksysteem. Als we kijken naar de hoofdcategorieën werden matig tot goede scores gevonden voor de meeste klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, behalve voor aanpassingsstoornissen. De overeenstemming op de specifieke stoornissen was ook matig tot goed, maar voor sommige classificaties was het aantal foutpositieven en foutnegatieven relatief hoog. Dat gold bijvoorbeeld voor 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis', 'depressieve stoornis niet anderszins omschreven' en 'sociale fobie'.

De validiteit voor somatische aandoeningen, voor alle psychosociale en omgevingsproblemen en voor het echelonadvies was hoog.

Het algemeen functioneren (GAF-score) werd minder goed beoordeeld door het systeem. Patiënten konden bijvoorbeeld ernstige beperkingen in het algehele functioneren minder goed herkennen volgens de psychologen.

BESCHOUWING

Het onderzochte e-diagnostieksysteem kon diverse stemmings-, angst-, aan middelen gebonden en aandachtstekortstoornissen correct bepalen zonder tussenkomst van de psycholoog, evenals de afwezigheid van een as II-stoornis. Ook gaf het een adequaat echelonadvies. Het aantal foutpositieven en foutnegatieven voor een aantal klinische stoornissen was echter hoog. Het systeem blijkt over het algemeen een valide bron van informatie bij het classificeren van psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk.

Beperkingen

Allereerst baseerde de psycholoog zijn oordeel gedeeltelijk op de classificaties van het e-diagnostieksysteem, waardoor er sprake kan zijn van *incorporation bias*.²⁶ Hierdoor kunnen de resultaten positief gekleurd zijn. Daarnaast werd het onderzoek uitgevoerd in een echte patiëntensetting, wat enkele nadelen met zich meebracht. De meest evidente manier om de validiteit van het systeem te onderzoeken is een vergelijking met een onafhankelijk gestructureerd interview.^{27,28} Dit was logistiek echter complex. Zo duurt het 120 tot 180 minuten om stoornissen op as I en as II in kaart te brengen met een dergelijk interview. Dit zou een grote last en mogelijke vertraging in een verwijzing betekenen. Daarom hebben we besloten om gebruik te maken van routinematig verzamelde gegevens.

Men kan zich afvragen of beoordeling door een psycholoog een valide meetmethode is geweest. De hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid spreekt voor de beoordelaars in dit onderzoek. We verwachten dat onze algemene conclusies hetzelfde zouden zijn als we het systeem zouden vergelijken met een onafhankelijk gestructureerd interview. Aangezien er in een interview meer tijd is om alle classificaties uit te vragen en incorporation bias ontbreekt, verwachten wij dat het e-diagnostieksysteem in een dergelijke evaluatie vaker foutpositief zou blijken dan in dit onderzoek het geval was. Het aantal foutnegatieven zou naar verwachting gelijk blijven, omdat het systeem ontworpen is om geen symptomen te missen.

Een volgende beperking is dat de eerste auteur een part-time positie heeft als *research and development manager* bij TelePsy. Men kan zich afvragen of dit van invloed is geweest op het artikel. De resultaten zoals deze zijn weergegeven zijn echter niet erg gevoelig voor interpretatie; alle resultaten zijn weergegeven in de tabellen zodat de lezer de getrokken conclusies kan staven.

Een laatste beperking is dat het instrument in ons onderzoek gebaseerd was op de DSM-IV. De Het e-diagnostieksysteem gebaseerd op de DSM-5 wordt momenteel opnieuw gevalideerd.

Vergelijking met ander onderzoek

Slechts enkele online screeningsvragenlijsten zijn ontwikkeld om klinische stoornissen in de praktijk te identificeren. De meeste vragenlijsten zijn met name gericht op angst- en stemmingstoornissen. De resultaten zijn over het algemeen vergelijkbaar met gegevens uit ander onderzoek, hoewel voor sommige classificaties iets hogere of iets lagere scores gevonden werden.^{15-17,21}

Er zijn nog geen e-diagnostische instrumenten beschikbaar waarmee as II-stoornissen in kaart worden gebracht. Een eerdere versie van het onderzochte e-diagnostieksysteem classificeerde specifieke persoonlijkheidsstoornissen (vergelijk [tabel 1] op www.henw.org).¹⁹ Aangezien dit veel fout-positieve uitslag classificaties opleverde, is besloten geen specifieke persoonlijkheidsstoornissen meer te classificeren maar de resultaten te groeperen op 'enige persoonlijkheidsstoornis'. Overeenstemmend met voorgaand onderzoek kan het systeem adequaat een as II-stoornis uitsluiten.¹⁹

Wij hebben een e-diagnostieksysteem onderzocht en daarover een wetenschappelijk verslag geschreven; de discussie over het gebruik van de DSM en screeningsvragenlijsten ligt buiten de scope van dit verslag.^{29,30}

Aanbevelingen voor de praktijk

Het e-diagnostieksysteem kan gebruikt worden in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld als hulpmiddel om geen psychi-

sche stoornissen te missen, als houvast voor een gesprek, bij twijfel over de aard en ernst van de klachten, voorafgaand aan een externe ggz-verwijzing, ter toetsing van een eigen werkhypothese, als een proces stagneert of voor een ggz-traject in de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld poh-ggz of medicatie). Het systeem kan de huisarts of poh-ggz ondersteunen bij het classificeren van psychische stoornissen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de consultatiefunctie van de psycholoog, maar deze kan de gegevens ook zelf interpreteren. Op basis van de onderzoeksgegevens is er een verkorte versie beschikbaar bij TelePsy (QuickScreen) om te gebruiken in de huisartsenpraktijk.

Hulpverleners moeten zich bewust zijn dat testresultaten afhankelijk zijn van het introspectief vermogen van een patiënt. Het opleidingsniveau, de diagnostische categorie en lijdensdruk kunnen een negatief effect hebben op de validiteit van de testresultaten. Omdat gemiste symptomen de kwaliteit van leven van patiënten kunnen beïnvloeden, is het belangrijk te beseffen dat het e-diagnostieksysteem ontwikkeld is om de kans op foutnegatieven te minimaliseren. Dit leidt a priori tot een grotere kans op foutpositieven. Daarnaast kan het systeem zelf geen resultaten interpreteren of omgaan met diagnostische zaken, zoals differentiaaldiagnostiek of overlappende symptomen.

Het onderzochte systeem kan als hulpmiddel worden gebruikt om te kijken of er een indicatie is voor een DSM-IV-stoornis en kan de huisarts ondersteunen in een echelonadvies. Het kan diverse stoornissen adequaat herkennen, uitsluiten en voorspellen, maar zonder klinisch oordeel kunnen geen definitieve diagnoses gesteld worden.

CONCLUSIE

De validiteit van e-diagnostieksystemen waarin de DSM-IV-classificatie wordt gebruikt is niet eerder onderzocht. Het onderzochte systeem kan in de huisartsenpraktijk worden gebruikt om te kijken of een patiënt een psychische stoornis heeft en als ondersteuning bij een echelonadvies, maar kan het klinische oordeel niet vervangen.

LITERATUUR

- 1 Verhaak PF, Schellevis FG, Nuijen J, Volkers AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:125-32.
- 2 Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999;318:436-9.
- 3 Joling KJ, Van Marwijk HW, Piek E, Van der Horst HE, Penninx BW, Verhaak P, et al. Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. *J Affect Disord* 2011;133:522-7.

De rest van de literatuur en [tabel 1] en [2] zijn te vinden bij dit artikel op www.henw.org.



Waarom wordt draaiduizeligheid niet vaker behandeld?

Samenvatting

Van Vugt VA, Diaz Nerio PM, Van der Wouden JC, Van der Horst HE, Maarsingh OR. *Waarom wordt draaiduizeligheid niet vaker behandeld?* Huisarts Wet 2017;60(9):436-9.

ACHTERGROND Draaiduizeligheid is een vervelende klacht die de dagelijkse activiteiten bemoeilijkt en daardoor voor aanzienlijke economische schade zorgt. Er zijn goedkope, veilige en bewezen effectieve behandelingstechnieken zoals de Epley-manoeuvere en vestibulaire revalidatie, maar veel huisartsen gebruiken die technieken niet. Wij onderzochten in hoeverre Nederlandse huisartsen geneigd zijn deze behandelingen toe te passen en wat de redenen zijn om dat niet te doen.

METHODE In 2012 voerden we een online vragenlijstonderzoek uit waarin we 426 Nederlandse huisartsen vroegen of zij de Epley-manoeuvere, Brandt-Daroff-oefeningen of vestibulaire revalidatie gebruikten bij patiënten met draaiduizeligheid.

RESULTATEN Ongeveer de helft van de respondenten gebruikte de Epley-manoeuvere (57,3%) of Brandt-Daroff-oefeningen (50,2%), slechts 6,8% paste vestibulaire revalidatie toe. De meeste respondenten pasten de behandelingen zelf toe, een minderheid van respectievelijk 25,8%, 10,7% en 34,7% verwees voor de behandeling naar een andere zorgverlener. De meest genoemde redenen om de behandelingen niet toe te passen was dat men niet wist hoe ze uitgevoerd moeten worden (respectievelijk 49,5%, 89,6% en 92,4%) of betwijfelde dat ze effect zouden hebben (respectievelijk 29,7%, 11,8% en 6,3%).

CONCLUSIE Nederlandse huisartsen passen repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie nog steeds te weinig toe bij patiënten met duizeligheid. Dat huisartsen niet weten hoe ze deze behandelingen moeten uitvoeren, is reden hun kennis en vaardigheden te versterken. Apps en e-healthtoepassingen kunnen daarbij helpen.

ACHTERGROND

Duizeligheid komt tamelijk veel voor.¹ De prevalentie bij volwassenen ligt rond de 20 tot 30% en stijgt met de leeftijd tot 50% bij 85-plussers.²⁻⁵ Het is een vervelende klacht, die de dagelijkse activiteiten bemoeilijkt en sommige patiënten het werken geheel onmogelijk maakt.⁶ De economische gevolgen van het verlies aan productiviteit en het extra beroep op zorgvoorzieningen zijn aanzienlijk.⁴

Duizeligheid wordt meestal veroorzaakt door een perifere vestibulaire aandoening, zoals benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD), neuritis vestibularis of de ziekte van Mé-

De Epley-manoeuvere

De Epley-manoeuvere kan direct worden toegepast op het moment dat de patiënt bij de dokter komt met klachten die passen bij BPPD. De manoeuvre neemt nog geen tien minuten in beslag en de uitvoering is eenvoudig aan te leren. Een online gids met een link naar een instructievideo is gratis beschikbaar op de website van het Royal Australian College of General Practitioners (<http://www.racgp.org.au/afp/2013/januaryfebruary/the-epley-manoeuvere/>).

nière.^{7,8} Vestibulaire duizeligheid, ook wel draaiduizeligheid of vertigo genoemd, is vaak goed te behandelen in de huisartsenpraktijk; er zijn een aantal opties ([**kaders**]).

De behandeling van eerste keus bij BPPD is de Epley-manoeuvere. Hierbij verplaatst de arts het 'gruis' in de halfcirkelvormige kanalen van het evenwichtsorgaan door het hoofd van de patiënt in een aantal achtereenvolgende posities te brengen. Bij één op de drie patiënten verdwijnen de duizeligheidsklachten daarna binnen 24 uur volledig.^{9,10}

Oefeningen volgens Brandt-Daroff zijn een andere mogelijke behandeling bij BPPD. De patiënt gaat vanuit zittende positie afwisselend op de linker- en de rechterzijde liggen tot de

Vestibulaire revalidatie

Vestibulaire revalidatie kan ingezet worden bij draaiduizeligheid die langer dan een maand aanhoudt. Steeds meer fysiotherapeuten kunnen de behandeling toepassen; een lijst is te vinden op de website van het Kenniscentrum Duizeligheid (www.kenniscentrumduizeligheid.nl). Er zijn e-healthtoepassingen in ontwikkeling waarmee het oefenprogramma thuis kan worden uitgevoerd met of zonder begeleiding. In het VERTIGO-onderzoek wordt momenteel een Nederlandstalige e-healthinterventie voor vijftigplussers met draaiduizeligheid onderzocht (zie www.vumc.nl). Bij de Britse versie van deze interventie, die alleen werd aangeboden zonder begeleiding, namen de duizeligheid en de beperkingen significant af.

Wat is bekend?

- Duizeligheid is een veelvoorkomende aandoening met weinig therapeutische opties.
- Repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie zijn de beste behandelingen die momenteel beschikbaar zijn voor vestibulaire duizeligheid.

Wat is nieuw?

- Repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie worden nog steeds erg weinig gebruikt door Nederlandse huisartsen.
- De meest genoemde reden om deze technieken niet toe te passen is dat huisartsen niet weten hoe ze moeten worden uitgevoerd.
- Smartphone-apps en e-healthtoepassingen kunnen repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie toegankelijker maken voor de huisarts.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam: V.A. van Vugt, aiortho; P.M. Diaz Nerio, huisarts; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent; prof. dr. H.E. van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker en epidemioloog • Correspondentie: v.vanvugt@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw (programma Kwaliteit van Zorg: Versnellen, verbreden, vernieuwen; beurs 839110015). Otto Maarsingh werd voor de uitvoering van dit onderzoek financieel ondersteund door de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH).

duizeligheid verdwijnt.¹¹ De oefeningen, die beschreven worden op www.thuisarts.nl, moeten vijfmaal per dag worden uitgevoerd en de patiënt kan ze thuis doen zonder begeleiding.¹² Er is weinig bewijs voor de werkzaamheid van Brandt-Daroff-oefeningen; ze zijn in elk geval minder effectief dan de Epley-manoeuvre.^{9,13}

Een derde, vrij nieuwe optie is vestibulaire revalidatie. Deze methode wordt vooral gebruikt om chronische perifere vestibulaire aandoeningen te behandelen. De patiënt moet zes tot twaalf weken lang dagelijks verschillende lichamelijke oefeningen doen zodat het lichaam went aan de verstoorde signalen uit het beschadigde evenwichtsorgaan. In een Cochrane-review uit 2015 is matig tot sterk bewijs gevonden dat vestibulaire revalidatie veilig en effectief is.⁸ Men doet

Brandt-Daroff-oefeningen

De Brandt-Daroff-oefeningen kunnen direct worden toegepast op het moment dat de diagnose 'BPPD' gesteld wordt. De oefeningen worden beschreven op www.thuisarts.nl onder 'Ik heb last van BPPD', zodat de patiënt ze thuis zelfstandig kan uitvoeren. Het beste is dat een paar maal per dag te doen. De Epley-manoeuvre is echter effectiever en daarom in principe te verkiezen boven de Brandt-Daroff-oefeningen.

momenteel onderzoek naar mogelijkheden om de patiënt via e-healthtoepassingen thuis de revalidatieoefeningen te laten doen, met of zonder begeleiding.¹⁴⁻¹⁶

Uit onderzoek blijkt dat meer dan 90% van de patiënten met duizeligheid behandeld wordt door de huisarts zonder bemoeienis van een specialist.¹⁷ In Nederland is nooit onderzocht hoe vaak huisartsen de drie genoemde behandelingen daadwerkelijk gebruiken. Eerder onderzoek suggereert dat huisartsen maar weinig gebruikmaken van deze vestibulaire behandelingen.²⁰⁻²² In de recentelijk herziene NHG-Standaard Duizeligheid worden de Epley-manoeuvre en vestibulaire revalidatie aanbevolen; de Brandt-Daroff-oefeningen worden niet meer genoemd.^{18,19}

Doel van ons onderzoek was na te gaan of, en hoe, Nederlandse huisartsen repositiemaneuvres en vestibulaire revalidatie gebruiken bij de behandeling van duizeligheid, en wat eventueel de redenen zijn om deze technieken niet toe te passen.

METHODE

In oktober-november 2012 stuurden we in totaal 1169 Nederlandse huisartsen in de regio's Amsterdam en Utrecht een e-mail die het onderzoek kort introduceerde en een link bevatte naar een vragenlijst op de enquêtewebsite www.surveymonkey.com. We vroegen alle huisartsen de enquête binnen twee weken anoniem in te vullen. Het invullen kostte ongeveer vijf minuten.

De lijst bevatte 22 vragen, zowel multiple choice als open, verdeeld over vier secties. De eerste sectie ging over karakteristieken van de respondent, zoals leeftijd, geslacht, jaren werkervaring en opleiderschap. De overige drie secties betroffen respectievelijk de Epley-manoeuvre, de Brandt-Daroff-

oefeningen en vestibulaire revalidatie. De vragenlijst werd ontwikkeld in het VUmc en getest door vijf huisartsen uit het academisch huisartsennetwerk.

Statistische analyse

Met The Survey System (www.surveysystem.com/sscalc.htm) berekenden we de steekproefgrootte voor een 95%-betrouwbaarheidsinterval met een foutmarge van 5%. Bij een totale populatie van 8884 actieve Nederlandse huisartsen in 2012 was de minimale steekproefgrootte $n = 368$. Voor de analyse gebruikten we SPSS 21.0.

RESULTATEN

Van 426 van de 1169 huisartsen ontvingen we een compleet ingevulde vragenlijst, een respons van 36,4%. De meerderheid van de respondenten was vrouw (56,6%), de gemiddelde leeftijd was 46 jaar, de gemiddelde werkervaring als huisarts 12 jaar. De meeste respondenten (59,2%) waren tevens huisartsopleider.

[Tabel 1] geeft aan welk deel van de respondenten een van de drie vestibulaire behandelingen zelf toepaste of daarvoor verwees, en welk deel deze behandelingen totaal niet gebruikte. [Tabel 2] op www.henw.org laat zien hoe en bij welke indicaties de behandelingen werden uitgevoerd en of de huisarts dit zelf deed dan wel ervoor verwees naar een specialist. [Tabel 3] geeft de redenen die respondenten aanvoerden om geen vestibulaire behandelingen toe te passen.

Epley-manoeuvre

De meerderheid (57,3%) van de respondenten gebruikte de Epley-manoeuvre. De meest genoemde indicatie was BPPD

Abstract

Van Vugt VA, Diaz Nerio PM, Van der Wouden JC, Van der Horst HE, Maarsingh OR. Why is dizziness not treated more often? *Huisarts Wet* 2017;60(9):436-9.

BACKGROUND Dizziness is an unpleasant problem that affects daily functioning, thereby giving rise to considerable economic loss. While there are cheap, safe, and effective treatment techniques, such as the Epley manoeuvre and vestibular rehabilitation, many general practitioners prefer a watchful waiting strategy. The aim of this study was to investigate to what extent Dutch GPs use these treatment techniques and the reasons why they choose not to do so.

METHOD In 2012, 426 Dutch GPs were asked to complete an online questionnaire about their use of the Epley manoeuvre, Brandt-Daroff exercise, and vestibular rehabilitation for patients with dizziness.

RESULTS While about half of the respondents used the Epley manoeuvre (57.3%) or Brandt-Daroff exercises (50.2%), only 6.8% used vestibular rehabilitation. Most GPs gave these treatments themselves, with only 25.8%, 10.7%, and 34.7% of the GPs referring patients to other healthcare practitioners for these treatments, respectively. The most mentioned reason for not using these treatments was not knowing how to apply them (49.5%, 89.6%, 92.4%, respectively) or doubt about their effectiveness (29.7%, 11.8%, and 6.3%, respectively).

CONCLUSION Dutch GPs make too little use of repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation as treatment for dizziness. Because GPs appear to be uncertain how to perform these techniques, Apps and E-Health applications may help to improve the necessary knowledge and skills.

Tabel 1 Aantal huisartsen dat de Epley-manoeuvre, Brandt-Daroff-oefeningen of vestibulaire revalidatie gebruikt om duizeligheid te behandelen, n (%)

	Epley-manoeuvre	Brandt-Daroff-oefeningen	Vestibulaire revalidatie
Past de behandeling toe*	244 (57,3)	214 (50,2)	29 (6,8)
Past de behandeling niet toe	182 (42,7)	212 (49,8)	397 (93,2)
Aantal respondenten	426 (100)	426 (100)	426 (100)

* Behandelt de patiënt zelf, geeft de patiënt instructies hoe de behandeling moet worden uitgevoerd of verwijst de patiënt voor de behandeling naar een fysiotherapeut of specialist.

(97,5%) en bijna driekwart (74,2%) paste de manoeuvre zelf toe zonder te verwijzen.

Veel respondenten die de Epley-manoeuvre niet gebruikten, gaven als reden dat ze niet wisten hoe de interventie uit te voeren (49,5%) of niet overtuigd waren van de effectiviteit (29,7%).

Brandt-Daroff-oefeningen

De helft van de huisartsen (50,2%) gebruikte Brandt-Daroff-oefeningen. Ook in deze groep werd BPPD bijna altijd genoemd als indicatie (97,2%). Negen op de tien respondenten (89,3%) pasten de behandeling zelf toe zonder te verwijzen.

Verreweg de meest genoemde reden om Brandt-Daroff-oefeningen niet te gebruiken was dat de respondent niet wist hoe ze moesten worden uitgevoerd (89,6%). Een klein aantal respondenten (11,8%) had onvoldoende vertrouwen in de effectiviteit.

Vestibulaire revalidatie

Slechts 29 van de 426 respondenten (6,8%) pasten vestibulaire revalidatie toe. De meest genoemde indicaties waren BPPD (82,8%) en vestibulaire duizeligheid bij 65-plussers (58,6%). Twee derde (65,5%) paste de behandeling zelf toe zonder te verwijzen.

Bijna alle respondenten die vestibulaire revalidatie nooit toepasten, gaven als reden dat ze niet wisten hoe ze de behandeling moesten uitvoeren (92,4%). Een klein aantal gaf aan dat de behandeling te veel tijd kostte (7,2%) of dat ze niet overtuigd waren van de effectiviteit (6,3%).

BESCHOUWING

Ongeveer de helft van alle huisartsen in ons onderzoek gebruikte de Epley-manoeuvre (57,3%) en de Brandt-Daroff-oefeningen (50,2%), slechts weinigen gebruikten vestibulaire revalidatie (6,8%). De meest aangevoerde reden om deze inter-

venties niet in te zetten was dat de huisarts niet wist hoe ze moeten worden uitgevoerd. Vrijwel alle respondenten vonden wel dat deze behandelingen thuishoren in de eerste lijn.

Sterke punten en beperkingen

Dit is het eerste grote vragenlijstonderzoek naar het toepassen van repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie door huisartsen, en ook het eerste waarin werd gevraagd naar mogelijke redenen om ze niet toe te passen. Onze onderzoekspopulatie verschilde wel op enkele punten van de totale huisartsenpopulatie: zij telde meer vrouwen (56,6 versus 42,8%) en huisartsopleiders (59,2 versus 19,2%).²³ Van huisartsopleiders mag echter worden verwacht dat ze bovengemiddeld op de hoogte zijn van de nieuwste en effectiefste behandelingen, dus in onze onderzoekspopulatie zal het gebruik van repositiemanoeuvres en vestibulaire revalidatie nog relatief hoog zijn geweest.

Vergelijking met eerder onderzoek

De effectiviteit van de Epley-manoeuvre bij duizeligheid staat niet ter discussie.^{9,24} Toch laat minstens de helft van de huisartsen deze behandeling achterwege. Dat probleem speelt niet alleen in Nederland: een telefonisch vragenlijstonderzoek onder Duitse volwassenen met zelfgerapporteerde BPPD wees uit dat slechts 8% van hen daadwerkelijk de Epley-manoeuvre had ondergaan.²⁵ Omdat BPPD meestal spontaan herstelt na enkele weken tot maanden, zijn huisartsen waarschijnlijk geneigd af te wachten. Daarmee zien ze over het hoofd dat snelle diagnose en behandeling in een of twee consulten de ziektelast en de beperkingen voor de patiënt aanzienlijk kan reduceren. Dat heeft voordelen voor de patiënt én voor de economie (minder ziekteverzuim, lagere zorgkosten).²¹ Getrainde huisartsen kunnen de Epley-manoeuvre net zo goed uitvoeren als specialisten in duizeligheidscentra.²⁶

Ook vestibulaire revalidatie is bewezen veilig en effectief, maar wordt slechts toegepast door een kleine minderheid van de huisartsen. Ook dit geldt niet alleen voor Nederland: in een enquête onder Britse huisartsen bleek dat slechts 5,8% ooit vestibulaire revalidatie had toegepast.²⁰

Aangezien draaiduizelige patiënten vrijwel nooit worden doorverwezen en de huisarts dus de enige behandelaar is, hebben verschillende onderzoekers voorgesteld huisartsen beter te trainen zodat ze zelf de Epley-manoeuvre en vestibulaire revalidatie kunnen uitvoeren.^{26,27}

Tabel 3 Redenen om bij duizeligheid geen vestibulaire behandeling toe te passen, n (%)

	Epley-manoeuvre	Brandt-Daroff-oefeningen	Vestibulaire revalidatie
Aantal respondenten dat de behandeling niet toepast	182	212	397
Redenen om niet te behandelen:			
■ de behandeling kost te veel tijd	35 (19,2)	9 (4,2)	28 (7,1)
■ ik weet niet hoe ik de behandeling moet uitvoeren	90 (49,5)	190 (89,6)	367 (92,4)
■ ik ben niet overtuigd van de effectiviteit	54 (29,7)	25 (11,8)	25 (6,3)
■ de NHG-Standaard raadt deze behandeling niet aan	21 (11,5)	13 (6,1)	18 (4,5)
■ de behandeling hoort niet thuis in de eerste lijn	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,8)
■ anders	57 (31,3)	17 (8,0)	16 (4,0)

CONCLUSIE

In twee recente Cochrane-reviews is aangetoond dat de Epley-manoeuvre en vestibulaire revalidatie allebei goedkoop, veilig, effectief en goed uitvoerbaar zijn.^{8,9} Toch passen Nederlandse huisartsen ze nog steeds weinig toe, vooral omdat ze niet weten hoe. Dat kan komen omdat nieuwe behandelingen moeizaam ingang vinden, zelfs bij huisartsen die erkennen dat ze effectief en zinvol zijn. Het kan ook komen doordat de behandelingen vaardigheid vereisen en huisartsen ze niet regelmatig genoeg uitvoeren om er vertrouwen in te krijgen.²⁸ Meerdere huisartsen in ons onderzoek gaven aan dat ze bang waren de patiënt te bezeren of dat ze zich onzeker voelden en er onvoldoende ervaring mee hadden.

Dit alles pleit ervoor meer aandacht te besteden aan de Epley-manoeuvre en vestibulaire revalidatie in de huisartsopleiding en in nascholingen. Het pleit ook voor onderzoek naar slimme methoden om deze technieken te instrueren: uit onderzoek blijkt dat de Epley-manoeuvre via een smartphone-app sneller wordt aangeleerd dan via geschreven instructies.²⁹ Nieuwe apps en e-healthtoepassingen zullen er hopelijk voor zorgen dat huisartsen bij duizelige patiënten minder vaak afwachten en sneller overgaan tot repositie en vestibulaire revalidatie.

DANKBETUIGING

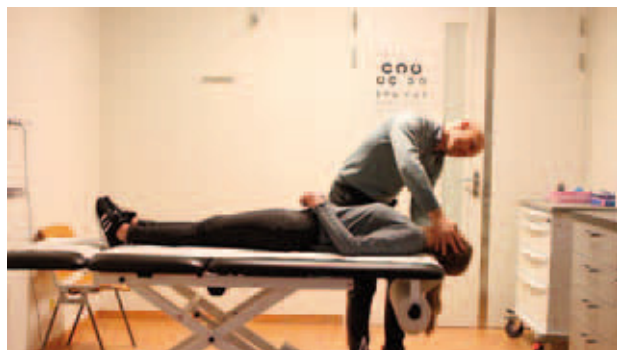
De auteurs willen graag alle huisartsen bedanken die de enquête hebben beantwoord.

LITERATUUR

- 1 Bailey KE, Sloane PD, Mitchell M, Preisser J. Which primary care patients with dizziness will develop persistent impairment? *Arch Fam Med* 1993;2:847-52.
- 2 Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *Br J Gen Pract* 1998;48:1131-5.
- 3 Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF, Davis A, McKerrow W, Mills R. The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Fam Pract* 2005;22:227-33.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

De epleymanoeuvre





Medische apps: zorg voor de toekomst?

Samenvatting

Loohuis AMM, Chavannes NH. Medische apps: zorg voor de toekomst? Huisarts Wet 2017;60(9):440-3.

E-health en m-health bereiken het spreekuur van de huisarts. Patiënten vragen advies, app-aanbieders doen mooie beloften. Voor sommige klachten zijn tientallen apps, maar wat ze doen is onduidelijk en nauwelijks onderzocht. Er is een wildgroei ontstaan van medische apps die slecht zijn afgestemd op de gebruiker en waarvan de effectiviteit twijfelachtig is. Dat vraagt om actie vanuit de overheid en de beroepsgroep. Er moeten duidelijke normen komen voor kwaliteit, functionaliteit, gebruiksgemak en beveiliging, zodat app-ontwikkelaars daar al vanaf het begin rekening mee kunnen houden. Vervolgens kan de beroepsgroep een duidelijke aanbeveling geven in de vorm van vergelijkende overzichten.

“HEEFT U HIER GEEN APPJE VOOR?”

Deze vraag zal elke huisarts weleens gesteld zijn. Er zijn apps om de leefstijl te verbeteren, de hartslag bij te houden, een enkelblessure te behandelen. Voor bepaalde problemen zijn er tientallen apps. Welke zou u dan aanbevelen?

Gezondheidsapps zijn een vorm van mobile health (m-health), gezondheidszorg via mobiele apparaten, zoals tablets, smartphones, hartslagmeters en smart watches. M-health op zijn beurt is een vorm van e-health, een verzamelnaam voor alle informatie- en communicatietechnologie die de gezondheid en de gezondheidszorg ondersteunt.¹ E-healthtoepassingen zijn overal in de zorg aanwezig, van huisartsinformatiesystemen, teledermatologie en online ggz-behandelprogramma's tot apps zoals Farmacotherapeutisch Kompas en Palliarts.

E-health biedt veel voordelen: meer patiëntgerichtheid, betere toegankelijkheid en kwaliteit, meer effectiviteit en efficiëntie. E-health biedt ook een florierende markt aan ontwikkelaars, zoals te zien is in de appstore, in reclameboodschappen en op internationale congressen waar de snelgroeiende mogelijkheden worden gepresenteerd. Ook de overheid gelooft erin: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde voorjaar 2017 een miljoen euro beschikbaar voor onderzoek naar nieuwe ideeën, de rijksoverheid trekt tot 2020 twintig miljoen euro uit voor mkb-ondernemers met 'impactvolle e-healthtoepassingen'.²

Apps hebben de toekomst, ook in de zorg. Maar hoe meer apps er zijn, des te moeilijker wordt de keuze. Beoordeling raakt ondergesneeuwd door ontwikkeling. Is er een gulden middenweg? Apps kunnen een grote invloed hebben, positief of negatief, en het gebruik ervan zou niet gebaseerd moeten zijn op aannames maar op gedegen evaluaties.

DE OPKOMST VAN DE APP

M-health is een van de snelst groeiende takken van e-health. Volgens Duits marktonderzoek waren er wereldwijd in oktober 2016 op de drie grootste app-platforms (iOS, Android en Windows) al meer dan 259.000 apps beschikbaar gericht op het monitoren en behandelen van ziekten en het bevorderen van een gezonde leefstijl.³ Dat was een groei van 100.000 ten opzichte van een jaar eerder.

Het aantal onderzoeken naar de werkzaamheid van apps (en m-health) staat in schril contrast met het aantal nieuw ontwikkelde apps. Een systematische review uit 2016 in PubMed telde 515 originele wetenschappelijke evaluaties van een m-healthinterventie tussen 1993 en 2015.⁴ Vóór 2007 ging het vooral over personal digital assistants (PDA's) en over tekstberichten en vibratiesignalen via de mobiele telefoon. Vanaf 2007 nam het aandeel gezondheidsapps snel toe, van 26,9% in 2007-2012 tot 48,4% in 2013-2015.

Er komen steeds nieuwe apps bij, maar bestaande apps worden nauwelijks geëvalueerd

Naar het daadwerkelijke gebruik van gezondheidsapps is weinig onderzoek gedaan. De jaarlijkse e-healthmonitor van Nivel en Nictiz concludeert op basis van vragenlijstonderzoek dat zorggebruikers e-healthtoepassingen vooral gebruiken om informatie op te zoeken over hun ziekte en de behandeling. Steeds meer zorggebruikers houden ook gegevens bij over hun leefstijl via een stappenteller of app. In 2014 deed 12% van de ondervraagde zorggebruikers dit, in 2016 22%.⁵

De kern

- Er is een wildgroei van gezondheidsapps waarvan onduidelijk is wat ze doen en of ze wel werken.
- Veel apps zijn niet goed afgestemd op de gebruiker en worden daardoor in de praktijk slecht toegepast.
- Er is meer evaluatieonderzoek nodig; ontwikkelaars moeten gestimuleerd worden al bij de ontwikkeling rekening te houden met de evaluatie.
- Er moeten duidelijke eisen gesteld worden aan medische apps zodat de beroepsgroep ook een duidelijk advies kan geven.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: A.M.M. Loohuis, aiotho. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: prof. dr. N.H. Chavannes, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, strategische leerstoel E-healthtoepassingen in Disease Management • Correspondentie: a.m.m.loohuis@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Anne Loohuis is betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van de URinControl-App, een medische app voor incontinentie. De app is nu alleen beschikbaar voor onderzoeksdoeleinden. Het onderzoek wordt gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door de afdeling huisartsgeneeskunde van het UMCG. In dien werkzaam wordt de app beschikbaar gesteld voor patiënten in Nederland. Niels Chavannes is principal investigator van de onderzoeken Horizon2020 FRESH AIR en eVita COPD. Daarnaast zit hij in de stuurgroep van het NFU Citrien e-healthprogramma en is hij voorzitter van de werkgroep e-health van het LUMC.

Er is in Nederland een groot aanbod van e-health, maar de implementatie loopt volgens de e-healthmonitor erg achter: e-health is meer dan het invoeren van een nieuwe techniek en is vaak te weinig afgestemd op de eindgebruiker. De e-healthmonitor signaleert ook wildgroei en gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van veel interventies. Er worden wel pogingen gedaan de implementatie te verbeteren. Zo publiceerde de KNMG in 2016 een handreiking voor het beoordelen van medische apps: de Medische App Checker.⁶ Het Citrienfonds, dat de acht Nederlandse UMC's geld geeft om gezamenlijk duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de gezondheidszorg te ontwikkelen, heeft e-health als thema genomen. De UMC's streven naar een integrale, personsgerichte, digitale omgeving waarin de patiënt en zijn zorgnetwerk gezondheid en ziekte kunnen managen en gebruiken het geld onder andere voor onderzoek naar al bestaande, succesvolle apps (zie www.nfu-ehealth.nl).

HOE ONDERZOEK JE EEN APP?

Het effect van gezondheidsapps is niet vanzelfsprekend positief. Een dwarsdoorsnedeonderzoek uit 2014 keek naar 46 apps voor het berekenen van de dosering kortwerkend insuline. De apps waren ten tijde van het onderzoek al door 105.000 patiënten wereldwijd gedownload uit de appstore of de Play Store. De onderzoekers beoordeelden drie aspecten: validatie van de input, correcte dosisberekening en veilige gegevensopslag.⁷ Slechts één app voldeed aan alle criteria, de overige 45 herbergden allerlei risico's, tot mogelijk levensbedreigende situaties aan toe. Een slechte app is niet alleen een rechtstreeks gezondheidsrisico, maar zorgt ook voor indirecte schade: de gebruiker betaalt voor iets wat niet goed werkt en dat hem bovendien afhoudt van een effectievere behandeling.

De enige manier om te bepalen of een app goed werkt, is een wetenschappelijke beoordeling. Een goede evaluatie geeft antwoord op verschillende vragen. Wat is het effect op de klacht? Wat is het effect op de kosten? Wat is het effect in vergelijking met de bestaande zorg? Bij welke patiënten werkt de app en waarom? Heeft het zin de app te verbeteren zodat hij beter aansluit bij de gebruikers of is het beter er verder geen tijd en geld meer in te steken?

Apps kunnen verschillende functies hebben, zoals informeren, diagnosticeren, monitoren en behandelen. Er is dan ook niet één gouden standaard voor de beoordeling van apps, maar er is wel consensus over wat een goede evaluatie inhoudt.⁸ Een goede beoordeling vindt plaats in een aantal fasen, waarin verschillende methoden gebruikt worden (mixed methods), bijvoorbeeld gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de (kosten)effectiviteit, focusgroeponderzoek naar de ervaringen van gebruikers en gegevensonderzoek in de big data en log data die de app automatisch bijhoudt om het daadwerkelijke gebruik en de therapietrouw te achterhalen.

Apps met therapeutische of diagnostische functies zijn medische hulpmiddelen. Ze moeten daarom een CE-markering hebben die garandeert dat ze voldoen aan Europese

normen voor veiligheid, gezondheid, milieu- en consumentenbescherming. De CE-certificatie zegt echter niets over de kwaliteit of klinische relevantie van een app.⁹

Hierna volgen een paar voorbeelden van goed onderzoek naar Nederlandse e-healthtoepassingen.

HET GOEDE VOORBEELD

Het NHG lanceerde in 2012 de e-healthtoepassing Thuisarts.nl, beschikbaar als website en als app. Thuisarts.nl geeft op basis van vakliteratuur 'betrouwbare en onafhankelijke informatie van de huisarts over ziekte en gezondheid'. In 2016 is het effect van Thuisarts.nl op het aantal consulten bij de huisarts onderzocht door in huisartsinformatiesystemen het aantal consulten over onderwerpen die op de website staan te vergelijken met onderwerpen die niet op de website staan. De onderzoekers concluderen dat het aantal (korte) consulten over onderwerpen die op Thuisarts.nl staan in 2012-2014 met

*Ontwikkelaars zouden vanaf het begin
rekening moeten houden met de eisen
die de beroepsgroep kan stellen*

12% was gedaald ten opzichte van 2009-2011.¹⁰

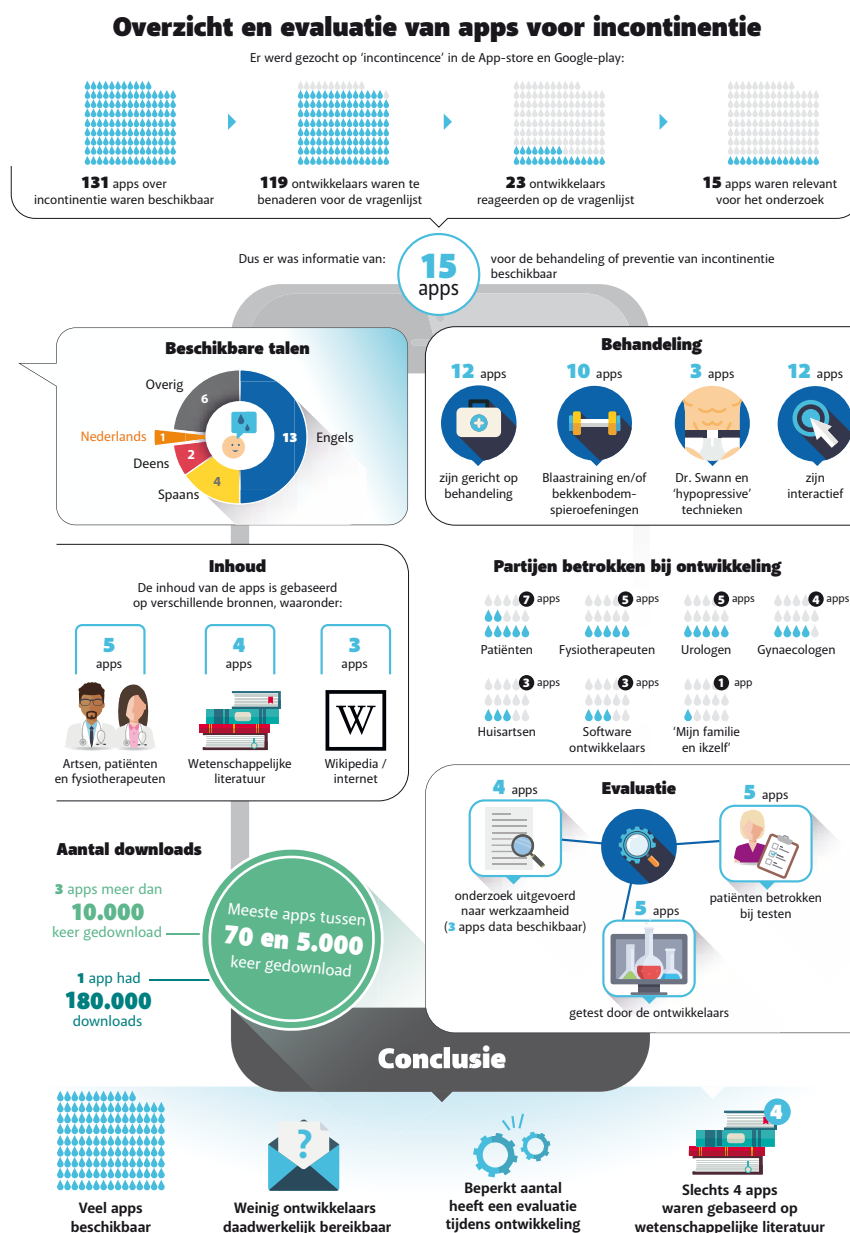
In 2013 voerden onderzoekers van de Universiteit Twente een interview- en focusgroeponderzoek uit naar de behoefte van mensen om informatie over teken en de ziekte van Lyme direct bij de hand te hebben, en naar hun wensen en verwachtingen ten aanzien van inhoud, functies en vorm van een eventuele app. Op basis van dit onderzoek ontwikkelde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in 2014 de gratis app Tekenbeet.¹¹

De in 2016 herziene richtlijn *Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning* van het Trimbos-instituut en het NHG wijdt een apart, kritisch hoofdstuk aan e-health- en m-healthinterventies. De opstellers concluderen dat internetinterventies die op maat gemaakt kunnen worden, interactief zijn en tekstberichten toevoegen een groot en gunstig effect hebben, en achten ook de mobiele telefoon 'bij uitstek geschikt ... om mensen te coachen in hun pogingen'. De richtlijn noemt ook een aantal Nederlandse e-healthtoepassingen die voldoen aan deze criteria. Minder gepersonaliseerde interventies vinden ze niet aanbevelenswaardig.¹²

HANDVATTEN VOOR DE PRAKTIJK

Terug naar het spreekuur en de patiënt. Wat is nu een goede app? Bij een goede app is duidelijk wie de ontwikkelaar is, voor wie de app bedoeld is en welke functies de app heeft. Als de app diagnostische of therapeutische doeleinden heeft, heeft hij een CE-markering. Van belang zijn verder functionaliteit, gebruiksvriendelijkheid en inhoudelijke kwaliteit. Tot slot moeten privacy gewaarborgd en persoonsgegevens beveiligd

Figuur Overzicht en evaluatie van apps voor incontinentie



Door Eva Samuelsson, Marco Blanker, Myrthe Klokke, Towe Blomqvist en Anne Loohuis. Een samenwerking tussen de afdelingen Huisartsgeneeskunde aan de University of Umea, Zweden, en aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland. Augustus 2016.

zijn. In Nederland hebben de GGD en de KNMG hulpmiddelen gepubliceerd om de keus te vergemakkelijken.

De GGD ontwikkelde de GGD AppStore, een database met gezondheidsapps die door GGD-professionals getoetst zijn op gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid, privacy en veiligheid (www.ggdappstore.nl). De apps worden niet vergeleken, maar per app wordt een aanbeveling gegeven. De database bevat alleen apps die gericht zijn op zelfmanagement en laat therapeutische en diagnostische apps (medi-

sche hulpmiddelen) buiten beschouwing. Daardoor vallen veel apps die interessant kunnen zijn voor de huisarts buiten de selectie.

Het KNMG ontwikkelde de Medische App Checker, een document dat de arts door drie sets vragen leidt waarna hij een inschatting moet maken.⁶ Een greep uit de vragen: is duidelijk wie de aanbieder van de app is en is deze bereikbaar? Is de inhoud gebaseerd op recente vakkennis? Is de app gevalideerd door testresultaten? Is de beveiliging getest door een derde

partij? De Medische App Checker geeft geen 100% garantie dat de app betrouwbaar en goed is.

Deze handvatten bieden nog onvoldoende houvast voor de huisarts. Een zoektocht naar een geschikte app is niet iets wat in de tijd van één consult kan. Veel huisartsen voeren nu dezelfde zoektocht uit voor hun patiënten en eigenlijk moet de huisarts een half jaar later opnieuw zoeken om te zien of er nieuwe ontwikkelingen zijn. Naast het feit dat het tijd kost, is een gedegen beoordeling vaak niet mogelijk; het is moeilijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de inhoud en de methoden waarmee de app is getest.

Onderzoekers aan de universiteiten van Groningen en Umea (Zweden) hebben in 2016 een vragenlijstonderzoek opgezet om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de inhoud en de testmethoden van apps voor de behandeling van incontinentie. Ze selecteerden alle incontinentieapps uit de App Store en de Play Store, en vroegen de ontwikkelaars een online vragenlijst te beantwoorden. Helaas was de respons te laag voor een analyse. Uit de reacties die ingestuurd waren, kwam naar voren dat de achtergronden van de inhoud sterk wisselden en dat slechts weinig apps getest waren ([figuur]).

AANBEVELINGEN

E-healthtoepassingen en gezondheidsapps kunnen een grote structurele bijdrage leveren aan de gezondheidszorg als hun kwaliteit gewaarborgd is en als patiënt en arts duidelijk te horen krijgen waarvoor de toepassing bedoeld is en waarvoor niet. Het probleem is dat ontwikkelaars geen reden hebben om een app uitgebreid te testen als ze die ook direct in de App Store kunnen zetten en er geld mee kunnen gaan verdienen. Daardoor weet je als onderzoeker van gezondheidsapps niet meer waar je moet beginnen en waar het ophoudt. Als maar zo weinig apps degelijk onderzocht worden, kan de beroepsgroep haar leden niet goed informeren over de kwaliteit en het gebruik ervan. De eerste stappen om dit te verbeteren moeten

Formuleer eisen waaraan apps moeten voldoen, zodat je ze systematisch kunt vergelijken

gezet worden door de overheid en de beroepsgroep, naar onze mening.

De overheid kan ontwikkelaars stimuleren (bijvoorbeeld met een kleine subsidie) om rekening te houden met de vragen uit de Medische App Checker en deze aspecten inzichtelijk te maken wanneer de app klaar is. Zo krijgt de beroepsgroep voldoende informatie voor een gedegen advies, dat dan bijvoorbeeld opgenomen kan worden in een NHG-Standaard.

De beroepsgroep kan een aparte werkgroep e-health instellen die per diagnose een overzicht maakt van de beschikbare apps, met een waardering en een vergelijking. Een aanbeveling is zelf al een beloning voor goed ontwikkelde apps en geeft de ontwikkelaar een concurrentievoordeel. Dit motiveert ontwikkelaars om meer kwaliteit te leveren.

De wetenschappelijke evaluatie van e-healthtoepassingen zou meer structuur krijgen als zo'n evaluatie verplicht gesteld

Veel e-health-toepassingen zijn slecht afgestemd op de gebruiker en worden daardoor niet goed gebruikt

wordt voor alle apps die de beroepsgroep gebruikt of aanraadt. De drempel voor zo'n evaluatie wordt lager als ontwikkelaars op de hoogte zijn van de onderzoeksmethoden en begrijpen dat die ook de implementatie van hun app kunnen verbeteren. Het soort evaluatie hangt af van de functie van de app: bij therapeutische apps is de effectiviteit van belang, bij monitoring-apps gaat het vooral om de validiteit en bij informatieve apps moet de gebruiker tevreden zijn over vorm en inhoud. Voorbeelden zijn pilotonderzoek naar het gebruiksgemak van een app, onderzoek van logdata om de therapietrouw te bepalen, interviewonderzoek onder zorgprofessionals tijdens de implementatie of een trial om de doelmatigheid van een toepassing te bepalen.

Het uiteindelijke doel van de hierboven gegeven aanbevelingen is dat u als huisarts de vragen van uw patiënt makkelijker kunt beantwoorden. De huisarts die een app wil aanbevelen, kan kijken wat de NHG-Standaard adviseert en anders het overzicht van de werkgroep e-health raadplegen om te kijken hoe die de app waardeert. Ook als een splinternieuwe app nog niet door de beroepsgroep beoordeeld is, zal het eenvoudiger worden om een voorlopig advies te geven, want elke slimme app-ontwikkelaar zal er wel voor zorgen dat de benodigde informatie beschikbaar en inzichtelijk is. ■

LITERATUUR

- 1 Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001;3:E20.
- 2 E-health (digitale zorg): Stimuleren gebruik e-health [internet]. Den Haag: Rijksoverheid, 2017 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/inhoud/overheid-stimuleert-e-health>, geraadpleegd mei 2017.
- 3 mHealth App Developer Economics 2016: The current status of trends of the mHealth app market. Berlin: Research2guidance; 2016.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.



Peer coaching om ouderen gezond te houden

Samenvatting

Van de Vijver PL, Schalkwijk FH, Van Bodegom D. *Peer coaching om ouderen gezond te houden*. Huisarts Wet 2017;60(9):444-6.

Nederlanders worden steeds ouder. Voldoende bewegen is een noodzaak om ouderdomskwalen te voorkomen of te vertragen, maar veel Nederlanders komen daar onvoldoende aan toe. Beweeginterventies onder begeleiding van een professional zijn duur, het effect is meestal maar tijdelijk en ze bereiken lang niet de hele doelgroep. Beweeggroepen op basis van peer coaching, waarbij deelnemers elkaar motiveren en begeleiden, zijn goedkoper maar even effectief en kunnen een belangrijke pijler worden voor gezond ouder worden. Ze vergemakkelijken ook de transitie van ouderenzorg naar de wijk, zodat ouderen langer gezond kunnen blijven in hun eigen wijk en met een groter sociaal netwerk.

In 2030 is 24% van alle Nederlanders ouder dan 65 jaar.¹ Nederlanders leven steeds langer en blijven ook steeds langer gezond.^{2,3} Dit komt onder andere door spectaculaire verbeteringen in de medische behandeling. In vergelijking met enkele decennia geleden is de kans dat men na een hartaanval het ziekenhuis levend verlaat een stuk groter, zijn ouderen met een gebroken heup sneller op de been en hebben herseninfarcten veel minder vaak ernstige gevolgen, zoals parese. In plaats van te wachten op een botbreuk, hartaanval of CVA worden

want vooral dit onderdeel van de leefstijl heeft een gunstige invloed op allerlei aspecten van veroudering.

BEWEEGINTERVENTIES ZIJN NODIG, MAAR VAAK NIET DUURZAAM

Dagelijks voldoende bewegen kan het ontstaan van veel ouderdomsziekten voorkomen of vertragen.^{8,9} De Nederlandse norm voor gezond bewegen luidt '150 minuten per week matig intensief bewegen', de Fitnorm luidt 'driemaal per week twintig minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit'. Een aanzienlijk deel van de Nederlandse 55-plussers haalt deze normen niet: bijna een derde voldoet niet aan de norm voor gezond bewegen en bijna de helft niet aan de Fitnorm.¹⁰

In de eerste lijn wordt al langer geprobeerd om risicotiënten met leefstijlinterventies aan te zetten tot meer bewegen. Die beweeginterventies hebben echter belangrijke beperkingen. Ten eerste duurt het effect vrij kort: de meeste deelnemers zijn na een jaar weer terug bij af.^{11,12} Ten tweede hebben ze weinig aantrekkingskracht op mensen met een lagere sociaal-economische status. Ten derde kunnen ze niet goed worden opgeschaald, omdat er professionals bij nodig zijn – nog afgezien van de kosten zijn er in Nederland eenvoudigweg niet genoeg fysiotherapeuten om iedere oudere voor de rest van zijn leven te begeleiden.^{11,13}

Wij denken dat de drie genoemde beperkingen van beweeginterventies grotendeels te ondervangen zijn als men uitgaat van *peer coaching* in plaats van professionele begeleiding.

VOORDELEN VAN PEER COACHING

Het principe van *peer coaching* is dat mensen elkaar helpen een gezamenlijk doel te bereiken. *Peers* zijn gelijken, mensen die een eigenschap delen zoals leeftijd, opleidingsniveau, een probleem of een bepaald doel. Een succesvol voorbeeld van peer coaching zijn de Anonieme Alcoholisten, waaraan meer dan twee miljoen mensen in 181 landen deelnemen.¹⁴

Bij beweeginterventies voor ouderen betekent 'peer-coa-

Bijna een derde van de Nederlanders

haalt de norm voor gezond bewegen niet

risicofactoren zoals hypercholesterolemie, hypertensie en hyperglykemie in de eerste lijn al vroegtijdig bestreden met antihypertensiva, bisfosfonaten, bloedverdunders en statines.

Bij veel ouderdomsziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sarcopenie en osteoporose, speelt leefstijl een belangrijke rol. Het gaat dan vooral om slechte voedingsgewoonten en gebrek aan beweging.⁴ Om maar iets te noemen: bijna de helft van alle Nederlanders heeft een te hoog BMI en mede hierdoor zijn er ruim een miljoen mensen met diabetes mellitus type 2.^{5,6} Het stimuleren van een gezondere leefstijl voor ouderen levert aanzienlijke gezondheidswinst op en is ook zonder meer nodig om de stijgende zorgkosten in de hand te houden.⁷

In dit artikel concentreren wij ons op lichaamsbeweging,

De kern

- Door de dubbele vergrijzing vormen ouderdomsziekten een steeds belangrijker aandachtsgebied.
- Voldoende dagelijkse beweging is de beste manier om gezond oud te worden.
- Slechts twee derde van de Nederlanders komt toe aan 150 minuten per week matig intensief bewegen.
- Beweeginterventies onder begeleiding van een professional hebben meestal slechts tijdelijk effect, zijn duur en bereiken maar een fractie van de doelgroep.
- Peer-coached beweeginterventies waarbij mensen elkaar motiveren en begeleiden zijn goedkoop en langdurig effectief, en zijn daarom geschikter voor een algemeen publiek.



Wanneer deelnemers elkaar motiveren regelmatig te bewegen, helpt dit beter op de lange termijn.

ched' dat de deelnemers elkaar motiveren regelmatig te gaan bewegen of oefeningen te doen, en elkaar daarbij ook begeleiden. Peer-coached beweeginterventies voor ouderen blijken even effectief als beweeginterventies die begeleid worden door een professional.¹⁵ Daarbij hebben ze in principe een aantal voordelen.

Een peer heeft ervaringskennis en weet daardoor goed hoe hij zijn lotgenoten moet motiveren en wat hun wensen, beperkingen en mogelijkheden zijn. Juist doordat er geen professional bij betrokken is, kan de interventie in principe eindeloos

Dagelijks bewegen voorkomt ouderdomsziekten

doorgaan en dus langdurig effect hebben. De meeste verzekeringen vergoeden maar negen behandelingen van de fysiotherapeut en de meeste mensen vallen daarna terug in hun oude beweegpatroon. Beweeginterventies op basis van peer coaching worden begeleid op basis van vrijwilligheid, vanuit een

intrinsieke motivatie om meer te bewegen en anderen daarin mee te nemen. Daardoor blijft de interventie betaalbaar en dat is niet alleen aantrekkelijk voor de deelnemers zelf, maar ook voor zorgverzekeraars en gemeenten.

Een ander voordeel is dat peer-coached beweeginterventies een groter deel van de doelgroep kunnen bereiken. Er zijn geen tekorten aan middelen of professionals die grootschalige toepassing in de weg staan. Iedereen kan coach zijn zonder per se de leiding te nemen. Alle aanwezigen leveren een bijdrage aan de groep. Uit onderzoek is gebleken dat mensen bewegen in groepen plezierig vinden, dus alleen al het meedoen aan de groep versterkt de motivatie om te blijven bewegen.¹⁶ Tot slot is een lotgenotengroep waarschijnlijk laagdrempeliger dan een beweeginterventie door een professional, vooral voor mensen met een lagere sociaal-economische status. Van de leden van de FreeWheel Club uit Ulft, een van de groepen die we onderzochten, was bijna de helft laag opgeleid.¹⁷

WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Dat er geen professionals bij betrokken zijn, maakt beweeginterventies met peer coaching goedkoop en schaalbaar, maar het is ook een veelgenoemd nadeel. Peer coaches hebben vaak

geen ervaring met het begeleiden van beweeginterventies voor ouderen en zouden dus verkeerde instructies kunnen geven, waardoor blessures kunnen ontstaan. In de praktijk valt dat erg mee: in een quasi-gerandomiseerd onderzoek bleken peer coaches die na een korte training zelfstandig een beweegprogramma voor ouderen begeleidden dat even goed te doen als studenten Bewegingsleer en peer coaches die supervisie kregen.¹⁸ Bedenk daarbij dat ook het algemene beweegadvies dat huisartsen momenteel aan ouderen geven geen concrete beweeginstructies bevat en patiënten vrijlaat in de manier waarop ze die dagelijkse beweging invullen. Het probleem is niet dat we niet weten hoe we moeten bewegen (stevig wandelen is in principe voldoende), maar hoe we mensen moeten aanzetten tot bewegen.

Beweeginterventies begeleid door professionals zijn uitgebreid wetenschappelijk onderzocht, voor peer-coached beweeginterventies geldt dat niet en daardoor is de waarde van peer-coached beweeginterventies niet onomstreden. We proberen de wetenschappelijke basis voor peer coaching te verbreden, onder andere door het al genoemde onderzoek bij de FreeWheel Club in Ulf. Al meer dan zes jaar lang komen daarin elke werkdag meer dan zeventig ouderen samen om een uur te bewegen in de buitenlucht. De deelnemers doen fitnessoefeningen gericht op spierkracht, flexibiliteit, snelheid, coördinatie en conditie. Uit ons (nog niet gepubliceerde) onderzoek komt naar voren dat de deelnemers een subjectieve verbetering in gezondheid en welzijn ervaren en ook beter scoren op een fysieke functietest. De gezelligheid, het buiten zijn en de toegenomen fitheid waren de belangrijkste redenen om te blijven komen.¹⁷

Begeleiding van lotgenoten is even effectief als begeleiding van een fysiotherapeut

Nederland is nog niet zo vertrouwd met peer-coached dagelijkse beweeginterventies speciaal voor ouderen. In andere landen is meer ervaring opgedaan met grootschalige beweeginterventies voor ouderen. Denk aan tai chi en straattedansen in China. Die laatste zijn niet per se gebaseerd op peer coaching, maar in Cuba is een treffend voorbeeld te vinden in de 12.903 *Cirulos de abuelos*, 'grootouderkringen', waar in totaal 820.976 ouderen drie keer per week samen een uur lang aan ochtendgymnastiek doen en die ook culturele en sociale activiteiten organiseren. Ouderen die volgens de huisarts baat hebben bij meer beweging worden actief benaderd, maar deelname is geheel vrijwillig.¹⁹

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

In de Vitality Club in Leiden-Noord onderzoeken we momenteel wat de beste manier is om nieuwe peer-coached beweeg-

groepen op te zetten en of peer coaching een goede invalshoek biedt om grote groepen ouderen in Nederland duurzaam meer te laten bewegen. Onze ambitie is dat over een paar jaar elke wijk in Nederland een peer-coached beweeggroep heeft waarvan een vast aantal enthousiaste ouderen meedoet. Elke huisartsenpraktijk kan de vorming van zo'n groep in de eigen wijk stimuleren en de groep laten uitgroeien door patiënten ernaar te verwijzen. Na een pilotonderzoek waarin een peer-coached beweeggroep wordt gekoppeld aan een huisartsenpraktijk

Om effectief te zijn, moet een beweeginterventie lang worden volgehouden

willen we komen tot een stappenplan voor het opzetten van een peer-coached beweeggroep vanuit de huisartsenpraktijk, dat vrij beschikbaar zal zijn.

De huisarts is niet alleen gebaat bij een betere fysieke gezondheid, maar ook bij een betere sociale gezondheid van de ouderen in zijn praktijk (van alle consulten met ouderen gaat 14% over sociale problematiek).²⁰ Een beweeggroep vergroot het sociale netwerk van de leden: ze kunnen elkaar helpen bij ziekte of problemen, en lopen daardoor minder risico op eenzaamheid.²¹ Grotere sociale cohesie is goed voor de zelfredzaamheid van ouderen, en dat zou kunnen leiden tot minder consulten wegens sociale problematiek.

TOT SLOT

Beweeginterventies die peer coaching gebruiken zijn effectief, duurzaam en hebben weinig financiële ondersteuning nodig. Een peer coach kan de professional niet vervangen, maar wel aanvullen, en dat zal in de toekomst steeds vaker nodig zijn. Als men een goede balans weet te vinden tussen peer coaching en de inzet van professionals, kunnen peer-coached beweeginterventies bijdragen aan het tegengaan van ouderdomsziekten, eenzaamheid en stijgende zorgkosten. Het is ook een prima manier om de transitie van de ouderenzorg naar de wijk te faciliteren. Zo kunnen ouderen langer gezond blijven, in hun eigen wijk en met een groter sociaal netwerk. ■

LITERATUUR

- 1 VTV 2014: Trends in de volksgezondheid [internet]. Bilthoven: RIVM, 2014. www.eengezondnederland.nl, geraadpleegd mei 2017.
- 2 Poos MJJC, Bruggink JW, Nusselder WJ. Trend in levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij geboorte, 2004-2014 [internet]. Bilthoven: RIVM, 2014. www.volksgezondheidenzorg.info, geraadpleegd mei 2017.
- 3 Roser M. Life expectancy [internet]. Oxford: Our World in Data, 2016. <https://ourworldindata.org/life-expectancy>, geraadpleegd mei 2017.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

De aios in the lead!

Samenvatting

Van Dijk N, Van Es JM, Visser MRM, Bont J. *De aios in the lead! Huisarts Wet* 2017;60(9):447-9.

Als huisarts moet je je continu blijven ontwikkelen. Je wilt op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen en de ontstane hiaten in je kennis en vaardigheden voortdurend wegwerken. Oftewel levenslang leren. Op het AMC leren wij onze aios de vaardigheden om zichzelf continu te blijven ontwikkelen, onder het motto 'aios in the lead'. Dit betekent dat de aios meer dan voorheen gestimuleerd worden in het maken van eigen keuzen binnen het opleidingsprogramma, terwijl ze getraind en gecoacht worden om de juiste keuzen te maken. Daarvoor moet het programma beter aansluiten bij de ontwikkelingsbehoeften van aios en de ontwikkeling van het zelfregulerend leren ondersteunen. Dat kan op de werkplek door een explicietere keuze voor praktijk, actief in te zetten op de eigen leerdoelen en sturing van patiëntenstromen. Tijdens het instituutsonderwijs gaat het vooral om just-in-time learning en flexibel in te zetten onderwijs op niveau, met behoud van veilige en vaste groepen, en een focus op toepassing van kennis in plaats van kennisoverdracht. Dit vergt coaching, begeleiding en vooral een voorbeeldrol van onze opleiders en docenten. Door op die manier aios de leiding te laten nemen over hun eigen opleiding, maken zij effectiever gebruik van de beschikbare opleidings-tijd en bereiden we ze beter voor op een leven lang leren.

De huisartsopleiding bereidt aios voor om zelfstandig als huisarts te kunnen functioneren. Maar zoals iedere huisarts weet is het met het leren na de opleiding niet gedaan, en blijft het vak continu uitdagen om de nieuwe evidence en sociale en stelselveranderingen in het dagelijks handelen te incorporeren.¹ Levenslang leren, dus. Om dat te stimuleren en ontwikkelen kan de huisartsopleiding, veel meer dan nu gebeurt, zo worden vormgegeven dat de aios wordt uitgedaagd haar opleiding zelf, op een verantwoorde manier ter hand te nemen.

HET LEREN VAN AIOS HUISARTSGENEESKUNDE

De opleiding tot huisarts vindt grotendeels plaats in de praktijk door spreekuren en andere activiteiten uit te voeren. Leren in de praktijk verloopt echter vaak ongestructureerd en is soms meer afhankelijk van het patiëntenaanbod en de behoefte van de praktijk dan van de leerdoelen van de aios. Het

De kern

- Aios moeten meer dan voorheen hun eigen opleiding ter hand kunnen nemen als voorbereiding op het levenslang leren.
- Hiervoor kunnen begeleiders aios zowel bij het leren in de praktijk als bij het leren op het instituut meer faciliteren.
- De (voorbeeld)rol van opleiders en docenten is daarbij van groot belang.

instituutsonderwijs dat de aios een dag per week volgt biedt door de structuur ook weinig ruimte voor de individuele leerbehoeften van de aios.² Ons streven is de aios meer dan voorheen het voortouw te laten nemen in de vormgeving van de eigen opleiding. De uitgangspunten van het nieuwe landelijk opleidingsplan zijn zo geformuleerd dat ze het fundament vormen om de 'de aios in the lead' te laten zijn, waarmee ze een prachtige basis vormen voor het levenslang leren van die toekomstige huisarts.³

In deze beschouwing geven we inzicht in de eerste uitwerking van dit idee binnen de huisartsopleiding van het AMC, onderbouwen we deze aan de hand van onderwijskundige principes en wetenschappelijke bevindingen en laten we zien waarom 'aios in the lead' bijdraagt aan levenslang leren voor al onze toekomstige collega's. Door praktijkgericht onderwijskundig onderzoek hopen wij deze ontwikkeling te ondersteunen, samen met de onderzoeksgroepen onderwijs van de andere huisartsopleidingen.

CONSEQUENTIES VOOR HET OPLEIDEN VAN AIOS

Doelbewust werken aan je ontwikkeling

De eerste gedachte die bij sommigen opkomt bij de term 'aios in the lead' is dat aios volledig vrijgelaten worden in wat ze willen leren en hoe ze dat willen aanpakken. Laten we vooropstellen dat dat niet onze gedachte is. En dat dat, naar alle waarschijnlijkheid, ook het doel van de opleiding – jonge artsen opleiden tot bekwame huisartsen – niet zal dienen. De basis voor de ontwikkeling tot huisarts is het maken van 'vlieguren' in de praktijk. Daarnaast hebben aios, net als ervaren huisartsen, feedback nodig om daadwerkelijk zicht te krijgen op hun professionele ontwikkeling. Ze kiezen bij voorkeur voor onderwijs over thema's waar ze een grote interesse voor hebben en dus vaak al bekwaam in zijn en hebben dus structuur nodig om adequate persoonlijke doelen te stellen en deze te behalen.^{4,7} Daarbij is de opleiding niet vrijblijvend. Aios dienen na drie jaar opleiding de eindtermen van de opleiding behaald te hebben om zelfstandig goede huisartsgeneeskundige zorg te mogen verlenen.⁸ Hierin moeten ze dus door de opleiders en docenten worden begeleid en op worden beoordeeld.

Activiteiten in de praktijk en in het onderwijs die niet aansluiten bij doelen die een aios zich op dat moment niet stelt of al beheerst zullen echter niet bijdragen aan de motivatie van aios om zich te ontwikkelen. Ook het levenslang leren wordt daarmee niet gestimuleerd, omdat aios onvoldoende de ruimte krijgen voor de ontwikkeling van een visie op de eigen doelen en (voor de ontwikkeling van) methoden voor het behalen van deze doelen.

Huisartsopleiding AMC-UvA, Amsterdam: prof. dr. N. van Dijk, hoogleraar onderzoek van onderwijs en opleiden, teamleider onderzoek; dr. J.M. van Es, huisarts, curriculumcoördinator; dr. M.R.M. Visser, kwaliteitscoördinator/senior onderzoeker; dr. J. Bont, huisarts, hoofd huisartsopleiding • Correspondentie: n.vandijk@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Door aios de leiding te laten nemen over hun eigen opleiding, maken zij beter gebruik van de beschikbare opleidingstijd en bereiden zij zich beter voor op een leven lang leren.

Zelfregulerend leren

Wij menen dat de opleiding van aios huisartsgeneeskunde zo ingericht kan worden dat de aios meer dan nu gestimuleerd en gefaciliteerd kunnen worden hun eigen opleiding ter hand te nemen. Oftewel de opleiding aan te laten sluiten op hun persoonlijke doelstellingen, en daarmee het levenslang leren te stimuleren. Het gaat daarbij zowel om het leren op de werkplek, als om het leren op onderwijsdagen op het instituut. Zelfregulerend leren is in dit verband een belangrijke term. Zelfregulerend leren omvat het stellen van doelen, het inzetten van methoden om die doelen te bereiken en het evalueren van het behaalde resultaat.⁹

Dat vraagt van een aios meer dan op het eerste oog lijkt. Voor sommige doelen bestaat er namelijk niet altijd een eenduidig aanbod in het onderwijs en is er geen ruim patiëntenaanbod in de praktijk. Dan zullen ze dat dus zelf moeten organiseren. En dat geldt ook voor de randvoorwaarden voor leren, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een open houding, waardoor anderen de aios veilig feedback kunnen geven, maar die ook van de aios kunnen krijgen.¹⁰ Deze vaardigheden zijn sterk gerelateerd aan het levenslang leren op latere momenten in de carrière. Verschillende aspecten van zelfregulerend leren worden momenteel zowel door ons als door de onderzoeksgroepen van de huisartsopleidingen van Leiden en Groningen onderzocht (persoonlijke communicatie).

Zelfregulerend leren op de werkplek

De leerwerkplekken van onze aios zijn de huisartsenpraktijk (gedurende jaar 1 en 3) en de stageplaatsen (in jaar 2), waar aios leren door in toenemende mate zelfstandig te werken in de klinische praktijk. De leerwerkplek biedt over het algemeen een ruim aanbod aan leermomenten en -mogelijkheden, en kent, bij goede afstemming met de opleider, vaak een grote verscheidenheid aan mogelijkheden om aan de eigen leerdoelen te werken.

Twee punten verdienen daarbij extra aandacht. Allereerst de keuze van de leerwerkplek. Niet iedere leerwerkplek heeft hetzelfde aanbod en een leerwerkplek kan dus meer of minder aansluiten op de leerbehoefte van een aios. Een praktijk in Amsterdam Zuidoost heeft een andere patiëntenpopulatie en verwijs- en diagnostische mogelijkheden dan een praktijk in Amsterdam Centrum of op Texel, en een groepspraktijk beschikt over andere mogelijkheden dan een solopraktijk. Dat zorginstellingen waar chronische of psychiatrische zorg verleend wordt qua populatie sterk van elkaar kunnen verschillen behoeft geen betoog. De leermogelijkheden voor aios op deze plekken verschillen dus ook, en dat is mooi. Dat biedt de mogelijkheid om aios, door gerichte inhoudelijke koppeling, een leerwerkplek te laten kiezen die aansluit bij hun voorervaring, leerbehoeften of interessegebieden.

Het tweede aandachtspunt betreft de sturing van het leren op de werkplek. Zoals Sagasser eerder liet zien, speelt zowel de

aios als de opleider daar een belangrijke rol in, bijvoorbeeld door te bepalen hoeveel behoefte de aios heeft aan supervisie, door de inhoud van de leergesprekken te bepalen en door patiënten terug te laten komen bij de aios, zodat deze het effect van een interventie kan zien.^{11,12} Hierbij maakt Sagasser onderscheid tussen de korte zelfregulatiecirkel voor leerbehoeften waar de aios direct een antwoord op kan krijgen en de lange zelfregulatiecirkel voor meer complexe of terugkerende leerpunten.¹¹

Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat aios huisartsgeneeskunde gedurende hun opleiding een aantal patiëntengroepen zeer weinig zien.¹³ Dit betreft bijvoorbeeld patiënten met chronische psychische klachten en comorbide chronische aandoeningen. We onderzoeken hoe we deze patiënten kunnen stimuleren de aios te consulteren. Dit kan bijvoorbeeld door de aios te stimuleren patiënten actief te informeren over het leren en de leerdoelen door middel van patiëntberichten, of door de assistente actief te betrekken bij de leerdoelen van de aios en daarmee rekening te laten houden bij de planning van patiënten. Ook onderzoeken we in een ander project of het feedback geven aan aios aan de hand van de kenmerkende beroepsactiviteiten hen kan helpen bij het sturen van hun eigen opleiding.³

Leren tijdens het instituutsonderwijs

We zien ook mogelijkheden voor een gedifferentieerd onderwijsaanbod binnen het instituutsonderwijs. Juist de grote aantallen aios in combinatie met een snelle toename van de beschikbaarheid van digitale leermethoden bieden mogelijkheden voor variatie in onderwijsaanbod. De focus zal daarbij verschuiven van kennisoverdracht naar toepassing van kennis. Om te voorkomen dat de aios het geleerde in de waan van de dag de volgende dag meteen weer vergeten zijn, is het van belang dat ze kennis meteen actief toepassen.

Just-in-time learning houdt in dat het onderwijsaanbod aansluit bij problemen waarmee de aios op dat moment in de praktijk worden geconfronteerd.¹⁴ Zo willen we aios laten kiezen uit e-learning, gerichte praktijkopdrachten, projectonderwijs en (jaaroverstijgend) keuzeonderwijs. Denk bijvoorbeeld aan het kiezen voor een e-learning wet- en regelgeving rondom palliatieve zorg of euthanasie op het moment dat dat speelt bij een patiënt in de praktijk.

Onderwijs op niveau houdt in dat het onderwijs wordt aangeboden in parallelle groepen voor aios met een verschillend uitgangsniveau in verplichte en keuzemodules, zoals we dat nu al doen met onderwijs EBM. Op basis van een toets of de eigen voorervaring kiezen aios voor een basistraining epidemiologie of een geavanceerde cursus richtlijnontwikkeling. Dit biedt zeer getalenteerde aios ook de mogelijkheid om meer uit de opleiding te halen. Hoewel sommigen beweren dat de opleiding enkel tot doel heeft huisartsen op te leiden die voldoen aan het minimum eindniveau, menen wij dat het onze maatschappelijke plicht is om aios alles uit zichzelf te laten halen en om naast bekwame huisartsen ook de leiders in het veld op te leiden. Omdat talentontwikkeling binnen de huisartsopleiding een nog beperkt ontgonnen domein is, starten we binnenkort een onderzoeksproject bij onze opleiding. We

gaan kijken hoe je talenten in de opleiding zou kunnen herkennen, hoe zij hun leerproces organiseren en wat andere aios daarvan zouden kunnen leren.

Een veilige en gemengde groep is ook essentieel voor sommige onderwijsmomenten. Dit betreft dan vooral onderwijsonderdelen waarbij het leren van elkaar en onderlinge feedback een belangrijke rol spelen, zoals bij het uitwisselen van ervaringen, waarvoor een vaste groep de aios een veilige omgeving biedt. Bij de huisartsopleiding Rotterdam loopt onder andere onderzoek naar deze onderwijsvorm.^{15,16} Wekelijks bijeenkomsten in de eigen groep blijven dus, naast onderwijs op maat, een basis voor het leren op het instituut.

Coaching en begeleiding als basis

We verwachten natuurlijk niet dat aios direct zelf in staat zijn zelfstandig een inspirerend en effectief opleidingsprogramma samen te stellen. Doen wat je leuk vindt en praktische overwegingen zijn vaak leidend bij de keuzen die je maakt.^{5,6} En hetgeen waar je goed in bent, vind je ook vaak leuk. Maar tijdens de opleiding (en daarna!) moet je ook leren wat je nodig hebt, ook al ben je er minder goed in of is het je interessegebied niet. Met goede coaching en begeleiding kan je het plezier en dus de motivatie aanwakken om daarin de juiste keuzen te maken en hopen we het levenslang leren nóg verder te brengen. Dat kan door geformuleerde en behaalde doelen met collega-aios en begeleiders in de groep te bespreken.¹⁷ Onze verwachting is dat het stimulerend kan werken wanneer de doelen worden besproken op momenten waarop aios sterk geconfronteerd worden met hun eigen (on)vermogens, zoals tijdens de zelfstandige week. De inhoud van de bijeenkomsten moeten we dus op die momenten laten aansluiten.¹⁸ Zo gaan de doelen en het behalen daarvan een geïntegreerd onderdeel uitmaken van de opleiding en zijn ze niet louter een administratieve taak.¹⁷

Blijf altijd nieuwsgierig en leergierig!

Om zo'n systeem daadwerkelijk te realiseren, moet er een cultuur worden gecreëerd waarin het aanwakken van nieuwsgierigheid en het actief werken aan de eigen ontwikkeling de norm zijn. Dat betekent natuurlijk ook dat onze opleiders en docenten een belangrijke voorbeeldfunctie krijgen, maar daar hebben we alle vertrouwen in.

CONCLUSIE

Door aios meer dan voorheen de leiding te laten nemen over hun eigen opleiding, maken zij effectiever gebruik van de beschikbare opleidingstijd en bereiden we ze beter voor op een leven lang leren. ■

LITERATUUR

- 1 Murdoch-Eaton D, Whittle S. Generic skills in medical education: developing the tools for successful lifelong learning. *Med Educ* 2012;46:120-8.
- 2 Zalinge E van. Huisartsgeneeskunde AMC-UvA 1965-2010. Een kleine geschiedenis. Amsterdam: AMC-UvA, 2012.
- 3 Huisartsopleiding Nederland. Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

Evidence-based medicine, meer dan evidence alleen

Aan de praktijk van evidence-based medicine (EBM) besteden we in de huisartsopleiding te weinig aandacht. Iedere huisarts die de adviezen uit een NHG-Standaard volgt, of ervan afwijkt, doet aan EBM: het wegen van beschikbare evidence met de eigen ervaring en met de voorkeuren van de patiënt.

Evidence-based medicine (EBM), het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruiken van het beste bewijsmateriaal dat voorhanden is bij beslissingen die de individuele patiënt aangaan, werd aan het eind van de twintigste eeuw geïntroduceerd.¹ Toch lijkt EBM na ruim twintig jaar nog niet optimaal geïntegreerd in het dagelijks handelen van de huisarts.^{2,3} Dat is jammer.

Er bestaan nog steeds grote misvattingen over EBM. Vaak wordt het gezien als alleen maar interpretatie van literatuur, in handboeken en onderwijs komt met name de (kritische) interpretatie van onderzoeksresultaten aan de orde als het over EBM gaat.^{4,5} Daardoor blijft misschien wel het moeilijkste aspect onderbelicht, namelijk de toepassing van EBM in de dagelijkse praktijk. Juist de integratie van onderzoeksgegevens met de eigen klinische expertise en met de wensen en voorkeuren van de patiënt maakt EBM tot EBM. Het gaat om alle drie, zonder patiënt en expertise kun je beter spreken van 'klinische epidemiologie'.⁶

PRAKTIJKGERICHT EBM-ONDERWIJS

Het hoofddoel van EBM is niet goede conclusies te kunnen trekken over een onderzoek, maar in de dagelijkse zorg voor patiënten goede, weloverwogen, 'evidence-based' beslissingen te kunnen nemen. EBM gaat over veel meer dan alleen onderzoek en onderzoeksresultaten. Daarom zou het onderwijs over EBM minder theoretisch en meer praktijkgericht moeten zijn en bij voorkeur in de praktijk moeten plaatsvinden.⁷

Natuurlijk is er wel enige basiskennis nodig over onderzoek en over de betekenis van onderzoeksresultaten om EBM te kunnen toepassen. Huisartsen die weinig weten van klinische epidemiologie zijn geneigd dit onderwerp te mijden en sommigen hebben daardoor een negatief beeld van EBM.⁸ Maar EBM is niet te vermijden. Iedere huisarts die een richtlijn volgt of juist bewust daarvan afwijkt, doet aan EBM – zeker wanneer die richtlijn gebouwd is op evidence en probeert het recentste onderzoek naar de praktijk te vertalen, zoals alle NHG-Standaarden doen.⁹ Kortom, EBM is meer dan een artikel lezen en naar literatuur zoeken op PubMed.

Volgens ons is het belangrijk dat EBM-onderwijs beter aansluit bij de dagelijkse praktijk en dat de toepassing ervan

meer aandacht krijgt. Huisartsen lezen zelden de oorspronkelijke artikelen waarin primaire evidence te vinden is; veel vaker raadplegen ze een standaard of gaan ze te rade bij een collega.² Het EBM-onderwijs kan bij die praktijk aansluiten door bijvoorbeeld kritisch te kijken naar de wetenschappelijke verantwoording in de noten van een NHG-Standaard (www.nhg.org/nhg-standaarden). Zo krijgen huisartsen beter zicht op hoe een aanbeveling tot stand is gekomen en hoe hij kan worden gewogen: is hij gebaseerd op consensus of is er evidence voor? Onvermijdelijk lopen richtlijnen soms achter bij de ontwikkelingen. Het levert leerzame 'EBM-momenten' op als men in de opleiding daarbij stilstaat en discussieert over nieuwe informatie die nog niet is opgenomen. Op die manier kunnen alle afwegingen rond een medische beslissing expliciet gemaakt worden, óók de eigen klinische ervaring en de wensen en verwachtingen van de patiënt.

BESLISHULPEN

De huidige aandacht voor *shared decision making* kan helpen meer belangstelling te kweken voor EBM in de praktijk. Er komen steeds meer beslishulpen en steeds meer informatie is beschikbaar via bijvoorbeeld www.thuisarts.nl, zodat de huisarts aanbevelingen en bevindingen uit een richtlijn gemakkelijker kan overbrengen.¹⁰ In de opleiding kan bij het onderwerp arts-patiëntcommunicatie geoefend worden met dit soort relatief nieuwe ondersteuning.

Tot slot: nuttige evidence is verzameld op veel meer plaatsen dan alleen de NHG-Standaarden. Wie in de eigen richtlijnen geen advies of beslishulp kan vinden, kan te rade gaan bij bijvoorbeeld multidisciplinaire richtlijnen (voor een overzicht zie www.nhg.org/mdr) of richtlijnen van andere specialismen (te vinden via <https://richtlijnenendatabase.nl>). Ook in de Trip-database (*turning research into practice*; www.tripdatabase.com) is evidence van hoge kwaliteit toegankelijk gemaakt. Daarnaast is er de site van de Cochrane collaboration met veel betrouwbare systematische reviews (www.cochranelibrary.com).

Collega-huisartsen, van ons wordt verwacht dat wij kritisch zijn en goed op de hoogte blijven van de laatste inzichten, opdat we in staat zijn om samen met de patiënt weloverwogen, goed onderbouwde beslissingen te nemen. Laten we zorgen dat we dat zo goed mogelijk kunnen. EBM kan daarbij helpen, juist als we blijven bedenken dat EBM zoveel meer is dan alleen evidence. ■

LITERATUUR

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

Eerste hulp bij medische tuchtzaken

Samenvatting

Pans E. Eerste hulp bij medische tuchtzaken. Huisarts Wet 2017;60(9):451-3. Geen arts zal blij verrast zijn wanneer er een medische tuchtklacht op de deurmat ligt. Toch is de kans vrij groot dat het u een keer overkomt. Huisartsen hebben een verantwoordelijke en complexe taak, en moeten daarbij geregeld onder tijdsdruk of op basis van onvolledige informatie handelen. Wees u ervan bewust dat fouten maken – helaas – mogelijk is. Nu leidt een fout lang niet altijd tot nadelige effecten voor de patiënt of tot een medische tuchtklacht. Toch is het zinvol iets van de tuchtprocedure te weten om er niet door overvallen te worden als dit wel gebeurt. In dit artikel gids ik u aan de hand van tien tips door de medische tuchtprocedure.

1 EEN TUCHTKLACHT BETEKENT NOG NIET DAT ER EEN FOUT IS GEMAAKT

Het overgrote deel van de tuchtklachten die zijn ingediend bij de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (hierna: RTC) tegen BIG-geregistreerde zorgverleners (te weten: apothekers, artsen, tandartsen, verpleegkundigen, gz-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, *physician assistants* en verloskundigen, zie artikel 3 Wet BIG) wordt ongegrond verklaard. Van de 1646 tuchtklachten die in 2016 zijn afgehandeld, is 70% in de raadkamer (besloten zitting) afgedaan en is 30% naar een openbare zitting verwezen. Uiteindelijk zijn 216 klachten gegrond bevonden.¹ Voor huisartsen geldt dat er het afgelopen jaar in totaal 316 klachten tegen hen zijn ingediend en dat 11% daarvan gegrond is bevonden [tabel]. Het is goed om te bedenken dat de indiener van de klacht meestal (een familielid van) een patiënt is (en soms ICG; in 2016 zijn 520 beroepen ingediend bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; vier daarvan waren van ICG afkomstig; uit het jaarverslag 2016 zijn deze gegevens niet te achterhalen voor de RTC). Met andere woorden: de klager is meestal iemand die geen zorgprofessional is en die klaagt omdat hij ergens boos over is, maar vaak niet weet of er ook echt een fout is gemaakt en zo ja, of deze tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Kortom: de indiening van de klacht zegt inhoudelijk vaak niet meer dan dat een patiënt erg ontevreden is.

2 BLIJF IN CONTACT MET DE PATIËNT

Juist doordat de patiënt boos en ontevreden is over uw handelwijze en heeft gegrepen naar het middel om extern over u te klagen, kunnen de verhoudingen gemakkelijk nog verder verslechteren. Probeer uw eerste (waarschijnlijk negatieve) reactie op de indiening van de tuchtklacht (boosheid, irritatie, bezorgdheid?) om te buigen naar een coöperatieve houding. Zoek contact met de patiënt en nodig hem uit voor een gesprek over wat er is gebeurd. Als de patiënt een gesprek weigert of als het gesprek op niets uitloopt, hebt u het in ieder geval gepro-

beerd. Soms willen patiënten vooral een uitleg over of toelichting op uw handelwijze horen; of een excuus. Hiervoor hebt u het tuchtrecht niet nodig. Het kan zijn dat de klacht dan alsnog wordt ingetrokken. Als dit niet gebeurt, kan het de verhoudingen toch verbeterd hebben. Bovendien stelt u zich met uw toenadering tot de patiënt open, toetsbaar, professioneel en patiëntgericht op; en dat is belangrijk, ook voor de beoordeling van uw handelen. Van u als professional wordt in een conflictueuze situatie nu eenmaal meer verwacht dan van de patiënt als 'leek'. In de wetenschappelijke literatuur wordt wel gepleit voor psychische of emotionele bijstand aan artsen die met een tuchtklacht worden geconfronteerd, bijvoorbeeld in de vorm van een vertrouwenspersoon of coach.² Momenteel is dat nog toekomstmuziek, maar ik kan mij goed voorstellen dat deze persoon artsen tot steun kan zijn en dat de tijd rijp is voor deze ontwikkeling.

3 ZOEK RECHTSBIJSTAND

Voor een tuchtprocedure is geen juridische bijstand vereist. Toch is het verstandig u te laten bijstaan door een advocaat (of rechtsbijstandsverlener). Een tuchtklacht is persoonlijk op u als huisarts gericht en komt daardoor erg dichtbij. Het is dan lastig de benodigde professionele distantie op te brengen om afgewogen en kalm verweer te voeren. Bovendien zijn juristen nu eenmaal meer getraind in het structureren van informatie en het opbouwen van een juridisch betoog. Daarnaast kunnen puur juridische verweren van toepassing zijn, zoals de zogeheten preliminaire verweren (die gaan over de niet-ontvankelijkheid van de klacht), die u maar beter aan een jurist kunt overlaten.

4 VAAR NIET BLIND OP UW ADVOCAAAT

Ieder zijn vak. Het is belangrijk om tijdens de tuchtprocedure rechtsbijstand te hebben, maar blijf kritisch meekijken en meelesen. Het is uw patiënt, uw tuchtklacht en u moet het eens zijn met inhoud en toonzetting van alles wat namens u naar voren wordt gebracht. Dat wil zeggen: het moet feitelijk kloppen, het moet medisch juist zijn en u moet erachter staan voor wat betreft bejegening/stijl. Het kan in dat verband zinvol zijn met uw advocaat af te spreken dat u alle (inhoudelijke) correspondentie van tevoren in concept leest. Anderzijds: doe zelf ook niets zonder overleg. Nu u eenmaal een advocaat in de arm hebt genomen, is het niet handig op eigen houtje contact te zoeken met uw patiënt of diens advocaat. Overleg dit.

Kennedy Van der Laan, Amsterdam: mr. dr. E. Pans, advocaat gezondheidsrecht. Tevens verbonden aan de afdeling Privaatrecht van de Vrije Universiteit en lid-jurist van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam en bestuurslid van de Levensindkliniek • Correspondentie: esther.pans@kvdl.com • Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Tabel overzicht tuchtzaken tegen huisartsen in 2016 – Samengesteld door Danka Stuijver

Regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (RTG)	316 (29% van totaal aantal klachten behandeld door het RTG in 2016)
Behandeling van de klacht*:	
■ Raadkamer	227 (72%)
■ Ter zitting	89 (28%)
Beslissing:	
■ Ongegrond	281 (89%)
■ Gegrond:	35 (11%)
– Waarschuwing	23 (7%)
– Berisping	8 (3%)
– Schorsing	4 (1%)
Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (CTG): Hoger beroep	75 (24% van totaal aantal zaken tegen huisarts behandeld door RTG in 2016)
Beroep aangetekend door:	
■ Huisarts	4 (8%)
■ Patiënt	47 (92%)
Behandeling:	
■ Raadkamer	24 (32%)
■ Ter zitting, dit betrof:	51 (68%)
– Huisarts	48 (94%)
– Huisarts-in-opleiding	3 (6%)
Beslissing hoger beroep:	
■ Beroep verworpen	70 (93%)
■ Vernietiging beslissing RTG	5 (7%)
– In tegenstelling tot RTG ongegrond	1
– CTG legde lichtere maatregel op**	1
– CTG legde een zwaardere maatregel op***	3

RTG: regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Zwolle, Groningen en Eindhoven)

CTG: centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (Den Haag)

*Na een vooronderzoek wordt besloten of een zaak ter zitting moet komen, waarbij zowel de beklaagde als de klager tijdens de zitting hun verhaal kunnen doen. Of dat de zaak in de raadkamer wordt behandeld waarbij zonder een openbare zitting een uitspraak wordt gedaan over de desbetreffende klacht.

** Lichtere maatregel: bijvoorbeeld het RTG heeft een schorsing opgelegd en het CTG besluit tot een berisping.

*** Zwaardere maatregel: bijvoorbeeld het RTG heeft een waarschuwing opgelegd en het CTG besluit tot een berisping.

5 BRENG IN HET VERWEERSCHRIFT ALLES NAAR VOREN WAT U RELEVANT VINDT

De tuchtzaak is ingeleid met een zogeheten *klaagschrift*, opgesteld door de patiënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger, diens nabestaanden of de IGZ). In dit klaagschrift is de klacht verwoord, die vaak bestaat uit verschillende onderdelen. Het RTG nodigt u uit daarop te reageren via een *verweerschrift*. De termijn daarvoor bedraagt vier weken, maar u kunt om verlenging vragen.³ In uw verweerschrift moet u alles naar voren brengen wat u relevant vindt voor de beoordeling van de klacht. In vroeger tijden kwam er geregeld nog een tweede schriftelijke ronde tussen partijen (replik en dupliek, in juristenjargon), maar tegenwoordig vaak niet meer. De tuchtprocedure is versneld en vereenvoudigd, waardoor u er maar beter voor kunt zorgen dat u in de eerste schriftelijke ronde niets 'laat liggen'. Wel is het mogelijk aanvullende brieven naar het tuchtcollege te sturen, maar dat moet dan wel tijdig gebeuren, opdat de wederpartij hier nog op kan reageren.^{1,4} De stukken moeten in beginsel uiterlijk twee weken voor de zitting zijn ingediend.

6 DOORBREEK INDIEN NODIG HET MEDISCH BEROEPSGEHEIM

Artsen zijn erg getraind op bescherming van het medisch beroepsgeheim. Dat is ook een belangrijk en uiterst waardevol uitgangspunt. Toch is het in de medische tuchtprocedure voor

u als verweerder zaak om adequaat verweer te voeren. Daarvoor is in het geding brengen van medische informatie meestal onvermijdelijk. Verweer voeren in een juridische procedure is een door het recht erkende uitzonderingsgrond op het medisch beroepsgeheim.⁵ Voor zover de relevante medische informatie al niet door de patiënt in het geding is gebracht, mag u dit dus doen, mits u niet meer informatie openbaart dan nodig is voor uw verweer (proportionaliteitsvereiste).

7 MAAK U NIET NODELOOS ZORGEN OVER DE BEOORDELING VAN DE KLACHT

Neem de tuchtzaak serieus, maar verlies de realiteit niet uit het oog. De leden van het RTG zijn er niet op uit normen te stellen die afwijken van de medische praktijk van alledag. Uw beroepsgroep, de richtlijnen en normen die voor en door huisartsen zijn geschreven, zijn leidend bij de beoordeling van de klacht. De meest voorkomende klacht bij huisartsen betreft het missen van een diagnose. Dat een diagnose gemist is, is vaak achteraf wel vast te stellen. Of dit tuchtrechtelijk verwijtbaar is, is een vraag die aan de hand van alle omstandigheden en met toepassing van de medisch-professionele standaard moet worden beantwoord. Concreet houdt die medisch-professionele standaard beantwoording van de volgende vraag in: heeft de arts gehandeld zoals een redelijk bekwaam, redelijk handelend beroepsgenoot onder vergelijkbare omstandigheden zou hebben gedaan? Kortom: uw eigen

beroepsgroep is de toetssteen en bij die beoordeling is ruimte voor alle bijzondere omstandigheden van dit geval. Voer die bijzondere omstandigheden dus wel aan (goed omschreven en bij voorkeur onderbouwd met stukken).

8 WEES TER ZITTING COÖPERATIEF, OPEN EN REFLECTIEF

Komt het tot een zitting (wat in 30% van de gevallen gebeurt),¹ probeer u dan coöperatief en open op te stellen. Voor de beoordeling van de klacht door het RTG is het van belang dat het RTG een beeld krijgt van de partijen en uit de eerste hand hoort wat er is gebeurd, waarom of waardoor dit is gebeurd en hoe partijen hierop terugkijken. Toon reflectie. Denk van tevoren na over de vraag of u er iets van geleerd hebt en hoe u in een vergelijkbare situatie in de toekomst zult handelen. Het RTG bestaat uit drie leden-beroepsgenoten (artsen) en drie juristen, onder wie een secretaris. Vooral de leden-beroepsgenoten kunnen kritische vragen stellen vanuit hun (en uw) professie. Wees daarop voorbereid. Dat is hun taak. Artsen zeggen wel eens dat de zitting vrij formeel en soms zelfs intimiderend op hen overkomt. (Zie voor een indringende door Frans Bromet geproduceerde documentaire over hoe artsen de medische tuchtprocedure ervaren: 'De dokter onder vuur', uitgezonden op 31 oktober 2016, NPO 2, https://www.npo.nl/2doc/31-10-2016/KN_1685288.) Hoewel de voorzitter van de RTG altijd zal proberen partijen op hun gemak te stellen, is en blijft het wel een zitting die op de rechtbank plaatsvindt en serieus van toon is. Bereid u goed voor op de zitting. Lees de uitgewisselde processtukken van tevoren nog eens door en zorg ervoor dat u de feiten goed in uw hoofd hebt. Houd er voorts rekening mee dat er vertegenwoordigers van de pers of andere belangstellenden op de publieke tribune kunnen zitten; medische tuchtzaken zijn openbaar.

9 STEL U IN OP EEN LANGDURIGE PROCEDURE

Ga ervan uit dat de behandeling van de tuchtzaak van begin tot eind zomaar een jaar in beslag zal nemen en dat ze u veel tijd en energie gaat kosten. De RTG's hebben de afgelopen jaren hard gewerkt om de doorlooptijd van klachten te bekorten en hebben daarin ook aanzienlijke progressie geboekt. In 2012 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd van een tuchtzaak nog 287 dagen, in 2016 was die al gedaald tot 216 dagen.¹ Ten opzichte van civielrechtelijke procedures steekt deze 'score' zeer gunstig af. Bedenk wel dat er dan ook nog hoger beroep mogelijk is bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag.⁶ Reken daarbij op ten minste eenzelfde tijdsbeslag (gemiddelde doorlooptijd in 2016: 279 dagen).¹ Probeer een tuchtklacht ook maar te zien als een ervaring waar u iets van kunt opsteken.

10 VOORKOM EEN TUCHTKLACHT IN DE TOEKOMST

Een tuchtklacht geheel voorkomen is natuurlijk een illusie, maar u kunt de kans hierop wel verkleinen. Leg uw handelen goed vast in het medisch dossier. Dit laatste is uiterst belangrijk, omdat alleen daaruit kan worden afgeleid hoe u hebt gehandeld en waarom u dit zo hebt gedaan. Dit mag kort en kernachtig zijn, maar voorkom onduidelijkheid hierover. Wees u bewust van de toepasselijke medisch-professionele richtlijnen. Indien u hiervan afwijkt, motiveert u dit in het dossier. Probeer altijd open, vriendelijk, zorgvuldig en professioneel met de patiënt te communiceren, ook (of: juist) als er iets mis is gegaan in de behandeling. Hoe moeilijk ook, probeer juist

Probeer juist contact

met de patiënt te houden

als er iets is misgegaan in de behandeling

dan het contact te behouden en te bezien of u de onvrede van de patiënt kunt wegnemen en het onderlinge vertrouwen kunt herstellen. Geef patiënten het gevoel dat u hun klacht serieus neemt: zich niet gehoord en gezien voelen is een belangrijke voedingsbodem voor de onvrede die aan indiening van een tuchtklacht ten grondslag ligt. En ten slotte: wees u ervan bewust dat u een zeer verantwoordelijke en moeilijke baan hebt. Geen mens is vrij van fouten. Hoe zeer u ook uw best doet, soms gaat er iets (grondig) mis. Dat valt helaas niet geheel uit te sluiten. ■

LITERATUUR

- 1 Tuchtcollege-gezondheidszorg. Jaarverslag 2016. <https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/documenten/jaarverslagen/2016/maart/31/jaarverslag-2016>.
- 2 Verhoef LM, Weenink JW, Winters S, Robben PB, Westert GP, Kool RB. The disciplined health care professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open* 2015;5:e009275.
- 3 Reglement Regionale Tuchtcolleges, art. 5 lid 1. <https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/over-de-tuchtcolleges/documenten/publicaties/documentatie-procedures/reglementen/reglementen/reglement-regionale-tuchtcolleges> (geraadpleegd op 18 maart 2017).
- 4 Reglement Regionale Tuchtcolleges, art. 4 lid 3.
- 5 KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens 2016:53. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm> (geraadpleegd op 18 maart 2017).
- 6 www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/hoger-beroep (geraadpleegd op 18 maart 2017).

Slechtere zorg na een tuchtklacht?

Tuchtrecht kan een mixed blessing zijn. Het is bedoeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg te handhaven, maar er zijn aanwijzingen dat artsen na een tuchtklacht soms minder goed functioneren. Het gevolg: minder goede gezondheidszorg. Het zou goed zijn de mogelijke negatieve gevolgen van een tuchtklacht in kaart te brengen.

De Wet BIG is gericht op 'het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg'.¹ Anders gezegd: tuchtrechtspraak beoogt de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Dat is een groot goed en er zal moeilijk iemand te vinden zijn die het tuchtrecht niet noodzakelijk vindt. Maar kan het tuchtrecht daarnaast ook leiden tot slechtere gezondheidszorg? Ik vermoed van wel, namelijk door negatieve gevolgen voor de individuele arts tegen wie de klacht wordt ingediend.

DEFENSIEVE EN VOORZICHTIGE OPSTELLING

De aandacht voor de tuchtrechtspraak vanuit het perspectief van de dokter is in ons land de laatste jaren toegenomen. De onderzoeken tonen geen oorzakelijk verband aan: de onderzoekspopulaties waren klein, de respons was relatief laag of de onderzoeksopzet was niet geschikt om het effect op het functioneren van artsen aan te tonen. Maar de resultaten wijzen wel in een richting die te denken geeft.

Zo blijkt uit een enquête onder Nederlandse kinderartsen dat zij zich na een tuchtzaak defensiever opstelden, meer bezig waren nieuwe klachten te voorkómen en minder aandacht hadden voor de belangen van de patiënt. Alle respondenten

gaven aan dat ze na een tuchtklacht minder goed functioneerden, ongeacht de uitkomst van de zaak.² Twee andere Nederlandse onderzoeken beschrijven dat artsen zich tijdens

*Minder plezier in het vak,
minder vertrouwen in de patiënt,
slechtere patiëntenzorg*

een lopende tuchtzaak ongelukkig en onzeker voelden en na de zaak voorzichtiger en defensiever werkten uit angst voor een nieuwe klacht.^{3,4}

DEPRESSIEVE KLACHTEN

De groeiende aandacht voor het tuchtrecht is niet exclusief voor Nederland. In 2012 vulden 7926 Britse artsen een enquête in over de gevolgen van een officiële klachtenprocedure voor hun psychische welzijn. Dit grote onderzoek wees uit dat artsen tegen wie een klacht was ingediend significant meer risico hadden op depressie, angstklachten en suïcidaliteit. Ook hier rapporteerden de meeste respondenten dat hun medisch handelen na de klacht defensiever was geworden en dat ze bepaalde patiënten of situaties ontweken.⁵

Uit kleinere onderzoeken in Australië en Nieuw-Zeeland bleek dat huisartsen tegen wie een tuchtklacht liep vaker een psychiatrische ziekte hadden en minder goed functioneerden in hun werk en privéleven. Ze hadden minder plezier in het praktiseren, regelmatig last van negatieve emoties zoals boosheid, somberheid, schaamte en schuldgevoel, konden slechter met onzekerheid omgaan en hadden minder vertrouwen in hun eigen functioneren. Ook langere tijd na de tuchtzaak waren de betrokken huisartsen vaker depressief en trad bij mannelijke huisartsen meer alcoholmisbruik op. Sommigen gaven aan dat ze minder welwillend tegenover patiënten stonden en patiënten minder vertrouwden dan vóór de klacht.^{6,7}

Kortom, uit de literatuur blijkt dat er een associatie is tussen een tuchtklacht en psychische klachten bij de arts, een veranderde houding jegens patiënten, defensievere geneeskunde en minder goed functioneren in werk en privé. Als een tuchtklacht inderdaad deze effecten kan hebben – wat dus nadrukkelijk nog niet bewezen is –, is het een interessante gedachteoefening na te gaan wat dat voor de huisartsenzorg kan betekenen.

MOGELIJK NADELIGE EFFECTEN

Een eerste mogelijk effect is een minder welwillende houding van de arts tegenover zijn patiënt. Het behoeft weinig toelichting dat een gebrek aan onderling vertrouwen onwenselijk is in het contact tussen huisarts en patiënt. De arts komt eerder



tegenover de patiënt te staan en stelt het patiëntenbelang niet meer automatisch voorop.

Een tweede effect heeft ook weinig uitleg nodig: onzekerheid en verminderd functioneren vergroten de kans op medische fouten en werken in potentie nieuwe tuchtklachten in de hand.

Een derde effect, defensiever praktiseren, kan in theorie tot betere gezondheidszorg leiden, bijvoorbeeld doordat de huisarts minder diagnoses mist. Defensief praktiseren kan

beeld door een ernstige depressie, kan tot gevolg hebben dat de praktijk het moet doen met een huisarts minder en dat daarvoor indirect ook diens collega's overbelast raken.

In theorie leiden alle genoemde effecten tot een verslechtering van de zorg die huisartsen leveren. Het is daarom belangrijk nader te onderzoeken of de associaties die worden beschreven in de beschikbare literatuur ook daadwerkelijk neveneffecten zijn van een tuchtklacht. Mocht dat het geval zijn, dan is het vervolgens belangrijk om te onderzoeken hoe die negatieve bijwerkingen van het tuchtrecht te voorkomen zijn. ■

LITERATUUR

1. Sijmons JG, Woestenburg NOM, Dorscheidt JHHM, Schudde LT, Visser FW, De Jager LF, et al. Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2013.
2. De Koning AM, De Vries MC, Leeuwenburgh WG, redactie. Tuchtrecht in de kindergeneeskunde. Zutphen: Paris, 2015.
3. Verhoef LM, Weenink JW, Winters S, Robben PB, Westert GP, Kool RB. The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open* 2015;5:e009275.
4. Alfajahi Y, Frederiks B, Legemaate J. Ervaringen met tuchtrecht door klagers en aangeklaagden. *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Mediation en Conflictmanagement* 2009;13:18-42.
5. Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, Van Calster B, et al. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practice of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5:e006687.
6. Nash LM, Walton MM, Daly MG, Kelly PJ, Walter G, Van Ekert EH, et al. Perceived practice change in Australian doctors as a result of medicolegal concerns. *Med J Aust* 2010;193:579-83.
7. Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J* 2004;117:U972.

Defensiever praktiseren leidt tot minder gemiste diagnoses, maar ook tot onnodige onderzoeken, verwijzingen en recepten

echter ook een negatieve invloed hebben, zeker in de huisartsenpraktijk. Ten onrechte onderzoek aanvragen, verwijzen of medicatie voorschrijven kan leiden tot somatisatie, medicalisering en iatrogene schade.

Een laatste nadelig effect dat denkbaar is, is dat psychische problemen tijdens of na de tuchtaak leiden tot ziekteverzuim bij de arts. Een kort ziekteverlof doorbreekt de continuïteit van zorg, die vooral belangrijk is voor patiënten met chronische problematiek. Langdurige arbeidsongeschiktheid, bijvoor-

Nico van Duijn, gepensioneerd huisarts

Stop met specialiseren

Specialisatie, het is erg hip. Huisartsen en specialisten, iedereen doet er driftig aan mee, omdat het zo leuk is iets goed te kunnen. Verzekeraars doen het ook, maar zij noemen het 'kwaliteit'. Leuk of kwaliteit, het gaat een keertje mis met dat gespecialiseer. De hele dag ontzettend knap kunstknien plaatsen haalt het dokters uit het vak. Aan zo'n orthopedisch chirurg heb je in de dienst niet veel als je een mank kind verwijst. En wat moet je met een ontregelde diabeet als de Hodgkin-internist achterwacht heeft?

Huisartsen zijn eveneens dit pad opgegaan. Het aanvankelijk enthousiasme van huisartsen met een bijzondere vaar-

digheid is doodgeknuffeld door de NHG-bureaucraten. Een vierjarige opleiding is ervan gemaakt, kaderartsen heten zij, beleidsdokters dus. Dokters in hun hobby wordt niet aangemoedigd. Ze implementeren beleid, geven bijscholing en schrijven nieuwe protocollen. Notulen en powerpoints, meer is het niet.

Laten we maar aannemen dat deze specialisatiebeweging een keertje ontspoorde. Wat kan is dat verpleegkundigen het dokters geheel overnemen. Dokters worden dan zoals vroeger, toen zij deftige blaaskaken waren, terwijl chirurgijns en vroedvrouwen het echte werk deden.

Beter is het als er weer huisdokters, chirurgen en internisten komen die niet gepromoveerd zijn. Die in geen

enkele landelijke commissie zitten. Enthousiaste twintigers en dertigers die alles kunnen, maar nergens briljant in zijn. Ze weten voldoende van alles. De sociale kaart kennen ze. Ze regelen weleens wat voor een sneue patiënt. Ze spreken mensen die te ingewikkeld zijn voor protocollen. Probleemgezinnen, somatisanten, hoogbejaarden, de hopen en de stervenden, ze zijn welkom bij hen. En de kleine kwalen. En toch die ene tumor eruit halen, omdat ze het niet pluis vinden, op ervaring. En die hebben ze, want elk jaar spreken ze meer dan vijfduizend patiënten. Zij wel.

Ik wacht geduldig af. De echte dokter komt wel weer terug. ■





De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited

Samenvatting

Van Weel C. *De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited*. Huisarts Wet 2017;60(9):456-9.

Dit artikel houdt een in 2012 gepubliceerde beschouwing over de huisarts van de toekomst tegen het licht van de ontwikkelingen die zich sindsdien in de zorg hebben voltrokken. De uitgangspunten uit 2012 blijken onverminderd te gelden: het individu met een gezondheidsprobleem of -risico en de populatie met zorgbehoeften horen de focus van de gezondheidszorg te zijn. Wel illustreren de recente ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid de noodzaak om vanuit de eerste lijn leiderschap te tonen en beleid te richten op de langetermijnbehoeften van het individu en de populatie. Gezien de sleutelrol van de eerste lijn is het aan te bevelen om beleid te baseren op de kernwaarden en competenties van de eerste lijn: integrale zorg, continuïteit en vertrouwensrelatie met patiënten, waarbij gezondheidszorg is verbonden met maatschappelijk welzijn. Dit sluit aan bij internationale ontwikkelingen waarin de kernwaarden in de eerste lijn worden vertaald naar indicatoren voor gezondheidsbeleid.

UITGANGSPUNT EN PROBLEEMSTELLING

In 2012 presenteerde ik een visie op de huisarts van de toekomst, waarin ik betoogde dat de focus van de gezondheidszorg op grond van zorginhoudelijke en maatschappelijke overwegingen moet liggen op het individu met een gezondheidsprobleem of -risico en de populatie met zorgbehoeften.¹ De belangrijkste reden die ik daarvoor aanvoerde was dat ziektebehandeling als leidend paradigma in de gezondheidszorg niet langer houdbaar is.

In dit artikel ga ik in op de vraag of deze visie gezien de ontwikkelingen in maatschappij en gezondheidszorg van de afgelopen vijf jaar nog steeds geldig is. De wereld en daarmee de gezondheidszorg en geneeskunde veranderen, maar veel van de in het eerdere artikel beschreven kernwaarden van de huisartsgeneeskunde blijven waar en van waarde, ook onder veranderende omstandigheden. Ik bespreek belangrijke veranderingen in de gezondheidszorg vanaf 2012. Daarnaast ga ik in op de vraag of de eigen kracht van de huisarts en eerste lijn, die in het verleden zo'n belangrijke drijvende factor zijn gebleken bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg,¹ daarbij nog steeds een leidende rol kunnen blijven spelen. Daar betrek ik twee belangrijke internationale, maar ook voor Nederlandse beleidsmakers relevante ontwikkelingen bij, die zijn gericht op duurzame gezondheidsstelsels en universele dekking van gezondheidszorgkosten.^{2,7} Ten slotte ga ik in op de consequenties voor zorg, beleid, wetenschap, onderwijs en opleiding.

VERANDERENDE ZORG

Een van de in het oog springende veranderingen sinds 2012 is de wet- en regelgeving rond zorg en welzijn, in het bijzonder de Wet maatschappelijke opvang. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeentelijke overheid, ingegeven door het op zichzelf juiste uitgangspunt dat individuele behoeften en beschikbare middelen het beste bij elkaar kunnen worden gebracht met kennis van de lokale situatie. Ditzelfde uitgangspunt ligt immers ten grondslag aan de centrale rol die de eerste lijn, huisartsenpraktijk en wijkgezondheidscentrum in het zorgstelsel spelen bij de zorg voor de 'gekende' patiëntenpopulatie. De negatieve effecten van deze wet- en regelgeving kwamen voort uit de wijze van invoering: gemeenten werden bevoegd tot uitvoering, zonder over de benodigde deskundigheid en middelen te beschikken om die uitvoering tot een succes te maken. Wel bevoegd, niet competent.

Twee factoren speelden daarbij een rol. Ten eerste het feit dat rond de Wet maatschappelijke opvang diverse tot dan toe gescheiden domeinen bij elkaar moeten worden gebracht: dat van de gezondheidszorg, de welzijnszorg en het ambtelijk gezag. Het slechten van dit soort domeinbegrenzungen is waar belangrijke maatschappelijke vernieuwing te behalen valt, maar vraagt ook om het opdoen van nieuwe kennis en het opbouwen van nieuwe werkrelaties over die grenzen heen. Het opdoen van ervaring via proefprojecten had waarschijnlijk veel van de problemen kunnen voorkomen.

Daar kwam een tweede factor bij: de veranderde regelgeving koppelen aan de opdracht om de zorgkosten terug te dringen. Daardoor stonden kortetermijnbezuinigingen een investering in een robuuste nieuwe zorgstructuur in de weg.

Vergelijkbaar hiermee is de andere in het oog springende verandering, die van het persoonsgebonden budget. Het bevorderen van de eigen regie bij mensen die chronisch van zorg en ondersteuning afhankelijk zijn kan worden gezien als beleid dat aansluit bij eerstelijnswaarden, zoals het versterken van autonomie. De controledwang waarmee gebruikers van het persoonsgebonden budget werden opgescheept, verraadde echter een a-priori wantrouwen, dat haaks staat op de vertrouwensbasis waarop goede eerstelijnszorg zich voltrekt. Het uiteindelijk echec van het persoonsgebonden budget werd veroorzaakt door het ontbreken van proefervaring met beleid voordat tot grootschalige invoering werd overgegaan, en door een hybride agenda van innovatie én bezuinigen.

Beide ervaringen illustreren de hoge verwachtingen vanuit de politiek over het verder optuigen van de zorg voor mensen in hun thuissituatie. Hierbij realiseerden beleidsmakers zich niet hoe complex deze zorg was, of hoe belangrijk daar geldende werkmethode waren, zoals vervat in de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn. De eerste



Foto: Frank de Roo

Mondiaal is er steeds minder aandacht voor kwetsbaren.

lijn lijkt daarbij een beleidsmatig containerbegrip, waar naar geloven zorgarrangementen naar kunnen worden overgeheveld en waarbij beleidsambities als kostenreductie leidend kunnen zijn. Als gevolg van deze black box-benadering kreeg de eerste lijn de afgelopen jaren meer taken, zonder de middelen om die taken uit te voeren.

Dat is zeker niet uniek voor de Nederlandse situatie – vrijwel overal in de wereld is het een punt van zorg dat eerste lijnsbeleid een investering betekent in een gezondheidszorg die daarmee beter toegankelijk, effectiever, veiliger en efficiënter wordt, en uiteindelijk met acceptabelere kosten gepaard gaat. Een tweede punt van zorg is dat die investering dan ook gericht is op en leidt tot een structuur waarin de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en eerste lijn – een vertrouwensrelatie, continuïteit, integrale zorg – ook kunnen worden gerealiseerd. Ten dele is dit de eerstelijnsdisciplines zelf aan te rekenen, die deze waarden als vanzelfsprekend en algemeen bekend beschouwen.

Bij de afronding van dit artikel beschrijf ik hoe belangrijk het voor de huisartsgeneeskunde en eerste lijn is om de kernwaarden inhoudelijk te problematiseren en aansluiting te houden bij de internationale ontwikkelingen.

PROFESSIELE ACTIE EN REACTIE, LEIDERSCHAP EN LANGE ADEM

In mijn schets van de huisarts van de toekomst vormde het slagvaardig functioneren van de eerste lijn een kernpunt, waarbij huisartsen in samenwerking met andere eerstelijnsprofessionals op basis van de gedeelde eerstelijnswaarden de zorg vormgeven.¹ De zorg moet individuen en groepen ondersteunen om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun ziekte en gezondheid – persoonsgerichte en wijkgerichte zorg heeft de toekomst. Dit vraagt om afstemming met andere belanghebbenden, onder wie beleidsmakers, en de vraag dringt zich op of het ontwikkelingspotentieel van de eerste lijn in het beleid van de afgelopen jaren is gesneuveld.

Naast genoemde teleurstellende ontwikkelingen, voltrok zich in de afgelopen jaren ook een aantal zeer positieve ontwikkelingen. Ik wil mij tot twee beperken die naar mijn oordeel vergaande consequenties kunnen hebben voor de toekomst van de huisarts en de eerste lijn. Met ‘Het roer moet om’ kwam vanuit de huisartsgeneeskunde een weerwoord, dat erop was gericht om de continuïteit van de eerstelijnszorg te waarborgen.⁸ Huisartsen verzetten zich tegen de situatie waarmee het gezondheidszorgbeleid de dagelijkse praktijk had opgescheept, niet tegen de intenties of goede bedoelingen die aan dat beleid ten grondslag

lagen. Het ging om de belangen van patiënten en (praktijk)populaties, niet om het eigenbelang van professionals of het afschrijven van onwelgevallige taken. Op een kritiek moment toonde de discipline huisartsgeneeskunde leiderschap en bleek daarbij in staat om beleid te corrigeren. Ze bleek in staat om ook in moeilijke tijden een constructieve en effectieve rol te spelen bij het vormgeven van gezondheidsbeleid. Het ligt in de rede dat dit vermogen de komende jaren vaker zal worden aangesproken.

De tweede ontwikkeling speelde zich minder nadrukkelijk in de actualiteit af, maar heeft niet minder implicaties voor de toekomst. Thuisarts (www.thuisarts.nl) ondersteunt patiënten bij het nemen van beslissingen over gezondheidsproblemen en -vragen, op basis van wetenschappelijk bewijs.⁹ De website is gestoeld op de geldende professionele richtlijnen in en tussen eerste en tweede lijn, als een rechtstreeks product van het NHG-Standaardenbeleid dat in 1989 werd ingezet.¹⁰ Deze ontwikkeling kwam voort uit de wens om de eigen verantwoordelijkheid van patiënten te ondersteunen, waarvoor betrouwbaarheid van informatie, directe toegankelijkheid en gebruiksgemak, en consistentie waarmee deze wordt aangeboden door de verschillende disciplines essentieel zijn. Het ontwikkelen van een systeem dat de veelvoorkomende gezondheidsproblemen in de huisartsenpopulatie dekt, heeft de nodige tijd gekost. Het resultaat blijkt een duidelijke invloed te hebben op de autonomie van patiënten, doordat hun zelfredzaamheid is toegenomen, terwijl de behoefte om bij gezondheidsgerelateerde klachten professionele hulp in te roepen substantieel is afgenomen.¹¹ Thuisarts illustreert hoe belangrijk het is om zorg structureel te vernieuwen vanuit goed doordachte concepten, die recht doen aan relevante waarden, zoals autonomie.

In dit verband is het dan ook goed om de ontstaansgeschiedenis van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn in gedachten te houden. Daarin was bij voortduring sprake van spanning tussen verschillende belanghebbenden, waarbij perioden waarin het realiseren van een sterke eerste lijn met een sterke huisartsgeneeskunde centraal stond, werden afgewisseld door perioden waarin dit streven op een tweede of derde plek leek te staan.¹² In dat opzicht staat Nederland wederom niet op zichzelf, in vrijwel alle analyses van het versterken van de eerste lijn in nationale gezondheidsstelsels komt naar voren dat het daaraan ten grondslag liggende beleid wispelturig is, zich op kortetermijneffecten richt en/of slechts een deelaspect van eerstelijnszorg betreft.¹³⁻¹⁵ Ons land valt daarbij op vanwege de breed gedragen steun voor een sterke eerste lijn en huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld door universiteit en de medische professie. Aan deze troostrijke gedachte voor bange tijden verbind ik meteen de observatie dat in geen enkel ander land de discipline huisartsgeneeskunde zich zo consistent en zo lang – vanaf de vroege jaren vijftig van de vorige eeuw – heeft gericht op het ontwikkelen, onderbouwen en uitdragen van zijn kernwaarden.¹⁶ Evidence-based leiderschap met een lange adem loont, zo leert onze eigen geschiedenis. Hier zit zowel de kracht als een zwakte; het risico van de voorloper die zijn verworvenheden een vanzelfsprekendheid vindt en onvoldoende aansluiting heeft bij ontwikkelingen in andere landen.

KERNWAARDEN, EEN ENIGMA VOOR BELEIDSMAKERS

De kernwaarden verwijzen naar de competenties die nodig zijn om de slag te maken van een op de behandeling van ziekten gerichte gezondheidszorg naar een gezondheidszorg die zich richt op het individu en de populatie, met hun specifieke behoeften en voorkeuren. Een omslag van aanbod van diagnostische en therapeutische mogelijkheden als basis naar de mogelijkheid om een antwoord te vinden op individuele en collectieve noden.^{1,17,18} In Nederland ligt deze verandering ten grondslag aan de missie waarmee het NHG werd opgericht en die zich laat samenvatten als integrale zorg en continuïteit, generalistische zorg voor alle patiënten, met alle ziekten, in alle stadia in hun eigen psychische en sociaal-maatschappelijke omgeving.¹⁹ Inzicht in de ervaringswereld van patiënten verleent legitimiteit aan het professioneel handelen, waarvoor het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met patiënten een essentiële voorwaarde is.²⁰ Deze kernwaarden zijn verbonden met de kracht van de eerste lijn in de gezondheidszorg en een sterke eerstelijnsfunctie is gerelateerd aan een betere gezondheid van de bevolking, betere toegankelijkheid en grotere kosteneffectiviteit van de zorg.²¹⁻²⁶

Dit is in essentie waarom het versterken van de eerste lijn een centrale plaats inneemt in het gezondheidsbeleid van veel landen, een mondiaal beleid dat door de groeiende zorgen over de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen een verdere impuls heeft gekregen.^{2,7,27-29} Dit is ook waarom het van belang is om te kunnen bepalen in hoeverre gezondheidssystemen eerstelijnswaarden en -kenmerken weten te realiseren.³⁰ Belangrijk is daarbij echter het eerder beschreven probleem dat beleidsmakers onvoldoende inzicht hebben in de complexiteit van de eerste lijn, en daarmee in het vinden van de juiste parameters om het effect van het beleid aan af te meten. Dit probleem is niet beperkt tot Nederland: internationaal lijken beleidsmakers *primary health care* als een black box te zien.³⁰ Als gevolg daarvan wordt bij het innoveren van gezondheidsbeleid vastgehouden aan oude, vooral ziektespecifieke indicatoren als diagnostische en therapeutische verrichtingen. Zorgvernieuwing richt zich echter juist op een eerlijkere toegankelijkheid van zorg, op het versterken van de continuïteit van zorg, op het individu en op het voorkómen van afhankelijkheid en onnodige zorg. En juist deze internationale ontwikkelingen motiveren het Nederlandse gezondheidsbeleid om zich ook de komende jaren te blijven richten op een sterke eerste lijn en huisartsgeneeskunde.

UITDAGINGEN VOOR DE PROFESSIE IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In dit artikel hield ik de door mij in 2012 geformuleerde visie over de huisarts van de toekomst tegen het licht van de ontwikkelingen in de daaropvolgende jaren. Mijn conclusie is dat het belang van een krachtige eerste lijn onverminderd overeind staat, maar dat het de afgelopen jaren tevens duidelijk is geworden dat de eerste lijn kwetsbaar blijft in het gezondheidsbeleid. De komende jaren blijft het daarom een prioriteit

om bij politici en beleidsmakers te pleiten voor versterking van de eerste lijn. Juist hier doen zich drie belangrijke internationale ontwikkelingen voor waarbij leiders uit de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn aansluiting zouden moeten zoeken. Als eerste de steeds sterkere druk om gezondheidszorg toegankelijk te maken voor iedereen, ongeacht inkomen – *universal health coverage* –, een ambitie die alleen realiseerbaar is wanneer iedereen toegang krijgt tot een gezondheidsstelsel dat is gebaseerd op een sterke eerste lijn.^{3,7,27-29,31} Dit betekent dat daarmee het politieke belang om tot versterking van de eerste lijn te komen, ook in de Nederlandse context een nieuwe impuls kan krijgen.

De tweede internationale ontwikkeling betreft de toenemende noodzaak van een verdere wetenschappelijke onderbouwing van de kernwaarden van de eerste lijn en van onderzoek naar de manier waarop deze bijdragen aan de gezondheid van de populatie en de effectiviteit, kosteneffectiviteit, efficiëntie en veiligheid van de gezondheidszorg. Sterker bewijs hiervoor en een robuuster theoretisch kader zijn van belang om opleiding en onderwijs verder te kunnen ontwikkelen, en om te kunnen monitoren in hoeverre het zorgstelsel erin slaagt deze waarden ook in de praktijk te (laten) realiseren.³⁰ In het politieke klimaat zoals zich dat mondiaal lijkt te ontwikkelen is er steeds minder aandacht voor de belangen van kwetsbaren en collectieve voorzieningen voor het bieden van opvang, steun en zorg. Dat betekent dat de politiek de komende jaren naar alle

waarschijnlijkheid minder dan voorheen openstaat voor een pleidooi voor een sterke eerste lijn op basis van het algemeen belang. Ook zullen wetenschappelijke bevindingen en feiten daarbij een minder vanzelfsprekende rol spelen.³²

Naar mijn mening is het grootste belang van internationale samenwerking gelegen in het vinden van wegen en delen van ervaringen om ook in dit politieke klimaat de menselijke waarden in de gezondheidszorg overeind te houden op basis van een sterke huisartsgeneeskunde en eerste lijn.

Ten slotte is het belangrijk dat de Nederlandse huisarts zich blijft realiseren dat de prominente rol van de huisartsgeneeskunde en eerste lijn niet van bovenaf gegeven is, maar vanuit de praktijk werd afgedwongen in een lange vasthoudende betrokkenheid van professionals en academici. Dat collectieve verleden is een belangrijke basis vanwaaruit de gezondheidsbelangen van de Nederlandse bevolking de komende decennia verder kunnen worden behartigd. ■

LITERATUUR

- 1 Van Weel C. De huisarts van de toekomst. Huisarts Wet 2012;55:500-3.
- 2 World Health Organization. The World Health Report 2008 – Primary Health Care, now more than ever. Geneva: WHO; 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (geraadpleegd 25 februari 2017)
- 3 Kidd M (editor). The contribution of family medicine to improving health systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors (2nd edition). London, New York: Radcliffe Publishing, 2013.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

Ferdinand Schreuder

Hulde aan het diamanten paar!

Beste mevrouw Huisarts, beste heer Wetenschap, ik ben hier gekomen om u en uw kinderen, uw onvolprezen standaarden, hulde te betuigen. Zestig jaar samen is lovenswaardig en u hebt daarin een groot aantal gezonde kinderen gekregen. Gefeliciteerd dus!

Helaas leert mijn ervaring dat geen enkel huwelijk zó lang probleemloos kan zijn, en zo is het ook met het uwe: mevrouw Huisarts had ooit een intensieve relatie met Samenwerking: de hele gemeente vond hen eigenlijk een prachtig paar, alleen Ziekenhuis vond het minder. Even later kwam Communicatie (misschien herinnert u zich hem beter als Methodisch Werken) en al bijna was een

huwelijk ingezegend door dominee Van Aalderen (God hebbe zijn ziel, hij ruste in vrede). Helaas zijn deze heren nooit goede vrienden van u geworden, mijnheer Wetenschap. Door uw wat afwijzende houding verwaterde het contact met hen, waar een goede vriendschap zoveel moois had kunnen brengen. Gelukkig is uw relatie met Huisarts hier niet op stukgelopen en hebt u daarna nog veel aan elkaar gehad.

Maar, mijnheer Wetenschap, ook u bent niet brandschoon gebleven: geld, aanzien en omgang met verkeerde vrienden (ik noem met name Farmacie) brachten u nogal eens van het rechte pad af en hebben uw goede naam geschaad, en zelfs die van uw kinderen. Sommige burgers trekken zich daarom weinig meer van uw oordeel aan en ontkennen zelfs uw exclusieve rechten! Nu Medisch Lei-

derschap zich als nieuwe vrijer van uw nog zo levenslustige vrouw aandient, sluit u de ogen en wacht tot het overwaait. Niet goed! Bemoeit u zich ermee! U kunt dit niet vanuit uw rianten ivoren villa aankijken. De gemeente ROERT zich!

Vat mijn woorden niet te kritisch op: ik vind u een geweldig stel dat al zestig jaar iedere maand weer van zich laat horen. Ik wens u en uw kinderen nog vele gelukkige jaren. ■

(Voor de jonge lezertjes: professor Van Aalderen, VU Amsterdam, was met geestelijk vader Hans van der Voort (jarenlang directeur van het NHG) begin jaren '80 voorvechter van Methodisch Werken, een wijze van consultvoering die tot op heden terug te vinden is in de consultvoeringstechnieken die op de huisartsinstituten worden onderwezen.)



Advies DOAC's in geactualiseerde NHG-Standaarden Atriumfibrilleren en Diepe veneuze trombose

Jip de Jong

Cumarinederivaten en DOAC's (direct werkende orale anticoagulantia) zijn voortaan gelijkwaardig. Dit was de kernboodschap van het NHG-Standpunt Anticoagulantia (2016). Naar aanleiding hiervan zijn de NHG-Standaarden Atriumfibrilleren en Diepe veneuze trombose en longembolie geactualiseerd. In de standaarden staan aanbevelingen om in samenspraak met de patiënt een keuze te maken tussen behandeling met een cumarinederivaat of DOAC.

In de geactualiseerde standaarden worden de overwegingen om voor een cumarinederivaat of DOAC te kiezen besproken. DOAC's zijn een nieuwe generatie antistollingsmedicatie waarbij de INR niet hoeft te worden gemonitord. Dit is bij cumarinederivaten wel nodig. DOAC's zijn niet minder effectief dan cumarinederivaten en lijken ook

onderling niet in effectiviteit te verschillen. Er zijn mogelijk verschillen in veiligheidsprofiel tussen de DOAC's, maar er is onvoldoende bewijs om op grond hiervan een specifieke DOAC aan te bevelen. Momenteel is alleen voor dabigatran een antidotum beschikbaar (idarucizumab), maar de klinische betekenis hiervan is nog onduidelijk. DOAC's hebben een praktisch voordeel, omdat ze in een vaste dosering kunnen worden gegeven. Bovendien geven ze een iets lagere kans op intracraniale bloedingen, hoewel het risico op een gastro-intestinale bloeding bij ouderen juist wat hoger is. Terughoudendheid is geboden bij kwetsbare ouderen, patiënten met een verminderde nierfunctie (eGFR < 50 ml/min) en bij een slechte therapietrouw. Denk daarbij onder meer aan cognitieve achteruitgang.

BESPREEK DOSERING MET PATIËNT

Het is raadzaam om bij de behandeling van een diepe veneuze trombose met een DOAC het doseringsschema met de patiënt te bespreken. Voorafgaand aan dabigatran en edoxaban moet vijf dagen laagmoleculairgewichtheparine (LMWH) worden toegediend. De dosering moet bij deze middelen worden aangepast bij een eGFR < 50 ml/min. Bij apixaban en rivaroxaban zijn deze maatregelen niet nodig, maar wordt met een hogere dosis gestart, die na respectievelijk één of drie weken moet worden aangepast.

OMZETTINGSSCHEMA CUMARINEDERIVAAT NAAR DOAC

Ook in de NHG-Standaard Atriumfibrilleren zijn doseringsschema's voor de verschillende DOAC's opgenomen en bijbehorende dosisaanpassingen bij een verminderde nierfunctie. Daarnaast worden omzettingsschema's gegeven van cumarinederivaat naar DOAC en andersom.

Het advies luidt om bij patiënten die een DOAC gebruiken tenminste jaarlijks de nierfunctie te controleren. Dit moet vaker als de nierfunctie verminderd is of gedurende het jaar verslechtert.



Foto: Shutterstock

Cumarinederivaten en DOAC's zijn voortaan gelijkwaardig.

De geactualiseerde NHG-Standaarden Atriumfibrilleren en Diepe veneuze trombose en longembolie zijn te raadplegen op de website van het NHG (www.nhg.org).

Ziekten van mens en dier

Samenvatting

Sluimer CA, Langelaar MFM. Ziekten van mens en dier. *Huisarts Wet* 2017;60(9):461-4.

Infectieziekten van dieren, zoönosen, kunnen de mens besmetten. We beschrijven verschillende zoönosen die zich bij de mens op de huid manifesteren. Huisartsen zien met enige regelmaat schimmelinfecties en gevallen van lymeziekte in de spreekkamer. Bij knobbeltjes op de huid en vergrote lymfeklieren, zeker bij een bijpassende anamnese waarin speelse (jonge) katten een rol spelen, zou de huisarts aan kattenkrabziekte moeten denken. Pustulaire dermatitis en zweren op hand of vinger door besmetting met het orf-virus (ecthyma contagiosum) zal de huisarts niet zo vaak tegenkomen, maar onder dierenartsen zijn dit vrij bekende aandoeningen. Heel af en toe kan men vrezen dat er sprake is van antrax (miltvuur), maar die infectieziekte is sinds 1994 niet meer voorgekomen. Erysipeloid is een vrij zeldzame aandoening onder beroepsbeoefenaren die in contact komen met dieren en dierlijke producten. De bacterie komt echter veel voor en er vinden soms uitbraken onder varkens plaats. In de spreekkamer is het van belang om bij de anamnese goed te vragen of en hoe de patiënt met dieren, dierlijke producten of ziekteverwekkers uit de omgeving in aanraking kan zijn gekomen. Bij verschillende beroepen is sprake van een verhoogd risico op het oplopen van een zoönose. Dierenartsen kunnen ziekten bij dieren bestrijden, zodat mensen er niet ziek van worden. Kennisuitwisseling tussen huisartsen en dierenartsen kan ziekte door zoönosen tegengaan.

INLEIDING

Wat hebben een huisarts en een dierenarts gemeen? Meer dan u wellicht denkt. Ze behandelen verschillende diersoorten, maar met regelmaat wel dezelfde ziekteverwekkers. Zoönosen zijn infectieziekten van dieren die ook voor mensen besmettelijk kunnen zijn. Om patiënten met een infectieziekte

goed te kunnen behandelen en ervoor te zorgen dat ook de omgeving van de patiënt niet besmet raakt, is kennis van de epidemiologie van de verschillende ziekteverwekkers van belang. De gezamenlijke aanpak (kennisuitwisseling, infectieziektebestrijding), waarin iedere betrokkene vanuit zijn eigen expertiseveld bijdraagt aan de gezondheid van mens, dier en ecosysteem, is de *one health*-benadering. 'One Health recognizes that the health of people is connected to the health of animals and the environment. The goal of One Health is to encourage the collaborative efforts of multiple disciplines-working locally, nationally, and globally-to achieve the best health for people, animals, and our environment', aldus de Centers for Disease Control and Prevention.¹

MET HUID EN HAAR

We beschrijven een aantal in Nederland voorkomende zoönosen. Daarbij hebben we de, arbitraire, keuze gemaakt voor zoönosen die te maken hebben met huid en haar. De infecties die we beschrijven zijn primair een ziekte van de huid, of de verschijnselen van de infectie zijn deels dermatologisch van aard. Andere zoönosen, bijvoorbeeld rundertuberculose, salmonellose of toxoplasmose, komen in deze klinische les niet aan bod.

Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om aan te geven hoe vaak de verschillende zoönosen voorkomen en hoe vaak huisartsen ze in de spreekkamer tegenkomen. Binnen de risicogroepen, zoals dierenartsen, zijn de zoönosen echter zeker niet onbekend. Een literatuuronderzoek laat zien dat dierenartsen

Vroeger troffen veearts en plattelandsdokter elkaar aan de toog van de dorpskroeg

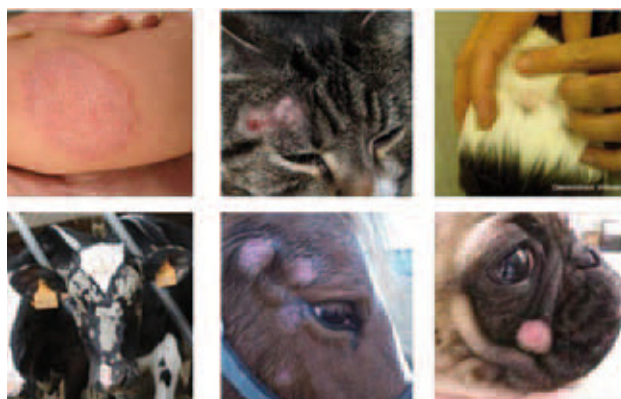
in spe al tijdens hun studie, zeker in de latere jaren en bij de studierichting landbouwhuisdieren, een besmetting met een zoönose doormaken.^{2,3} Ook andere beroepsbeoefenaren lopen een verhoogd risico om met zoönosen in aanraking te komen: allen die geregeld en/of intensief in contact komen met dieren en dierlijke producten, of met de vectoren die zoönosen kunnen overbrengen. Denk aan bijvoorbeeld veehouders, slagers en slachters, 'werkers in het groen', rioolwerkers, muskusrattenbestrijders, diervverzorgers of militairen.⁴ Wanneer zijn dieren ziek zijn, kan een veehouder die zelf ook symptomen heeft nog wel eens advies vragen aan de dierenarts. Die verwijst dan uiteraard naar de huisarts.

De kern

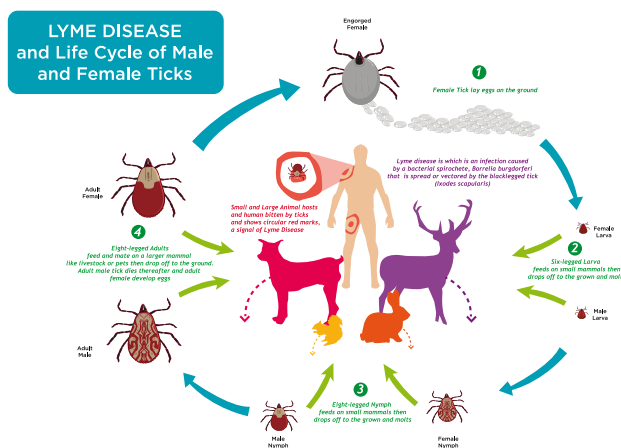
- Infectieziekten van dieren (zoönosen) kunnen mensen besmetten. Een aantal zoönosen geeft verschijnselen op de huid.
- Hoewel niet alle veroorzakers van infectieuze (huid)ziekten afkomstig zijn uit het dierenrijk, is het wel goed om eraan te denken.
- Uit de anamnese kan blijken dat de ziekteverwekker uit het dierenrijk afkomstig is. Van belang zijn de omgeving van de patiënt, het mogelijke contact met dieren (huisdieren, ook exotische, paarden, vee) of dierlijke producten (vlees, wol, huiden, enzovoort) en het beroep van de patiënt.
- Dierenartsen kunnen dieren behandelen om zo ziekte bij de mens tegen te gaan.
- Kennisuitwisseling tussen dierenartsen en huisartsen is zinvol.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Netwerkgzorg, Preventie en Jeugd, Utrecht; dr. M.F.M. Langelaar, coördinerend specialistisch inspecteur infectieziekten; C.A. Sluimer, huisarts • Correspondentie: mfm.langelaar@igz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Uitingen van en schimmelinfecties bij mens, kat, cavia, kalf, paard en hond.



Figuur 2 Erythema migrans op het been. Levenscyclus van de teek: larve, nymf, mannelijke en vrouwelijke adult.



SCHIMMELINFECTIES

Officieus zouden schimmelinfecties (dermatofytose, tinea) de meest voorkomende zoönosen zijn. Schimmelinfecties bij dieren worden meestal ringworm genoemd of ook, nog verwarrender, ringschurft. De patiënt die bij de huisarts komt met een schimmelinfectie kan die opgelopen hebben in het contact met zijn huisdier of bij bezoek aan een manege of boerderij. De klachten zijn een ronde plek op het lichaam, waarvan de rand wat verdikt is en rood en schilferend. De plek wordt lang-

zaam groter en kan jeuk of een branderig gevoel veroorzaken. Naast behandeling van de patiënt is het belangrijk de eventuele bron te achterhalen. Mochten er huisdieren aanwezig zijn, dan is het verstandig die door de dierenarts te laten bekijken en eventueel te laten behandelen. Overdracht van de schimmel vindt plaats via direct contact of via schimmelsporen in de omgeving. Dieren kunnen duidelijke symptomen vertonen [figuur 1], maar ook vrijwel symptoomloos een schimmelinfectie hebben en verspreiden. Behandeling van de mens kan gebeuren met bijvoorbeeld een lokaal imidazolpreparaat, zie hiervoor de NHG-Standaard Dermatomycosen.⁵

LYMEZIEKTE

Lymeziekte komt veel voor in Nederland. Deze ziekte wordt veroorzaakt door besmetting met bacteriën van het *Borrelia burgdorferi*-complex (= sensu lato). De verschillende genospecies ('ondersoorten') geven een divers symptoom- en ziektebeeld, waarvan de 'rode ring', erythema migrans (EM), veel voorkomt. Deze kan zich in de vroege fase van besmetting mani-

Artsen en dierenartsen zouden vaker

contact met elkaar moeten hebben

voor een betere bestrijding van infectieziekten

festeren. Dit beeld is pathognomonisch voor de ziekte en een indicatie om direct antibioticatherapie in te zetten.⁶ Soms kan het lastig zijn het EM te herkennen.⁷ Daarnaast kan een besmetting met de *Borrelia*-bacterie ook lymeziekte veroorzaken zonder dat er sprake is (gewees) van EM. Patiënten kunnen ook acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) hebben, een huidmanifestatie in een veel later stadium van lymeziekte. Diagnostiek en behandeling van lymeziekte kunnen lastig zijn.⁸ Lymeziekte kan zich overigens ook op andere manieren uiten, bijvoorbeeld in de vorm van een radiculitis of neuritis, die op kan vallen door de heftige pijnen. Voor een uitgebreide beschrijving van de ziekte, de diagnose en behandelingsmogelijkheden verwijzen wij naar de CBO-richtlijn en de afgeleide LCI-richtlijn.⁶

De bacterie wordt op de mens overgebracht door teken van het soort *Ixodes ricinus*. De levenscyclus van de teek [figuur 2], van eitje via larve en nymf tot volwassen teek, duurt twee tot zes jaar. Er is geen transmissie van de bacterie via de eitjes. De beste preventie van lymeziekte bij de mens is vooralsnog voorkomen dat men een tekenbeet oploopt (door gebieden waar veel teken zijn te mijden, door in recreatiegebieden op de paden te blijven, door middel van kleding en door insectenwerende middelen als DEET) en om teken die zich toch op het lichaam bevinden zo snel mogelijk te verwijderen. Indien de teek langer dan 24 uur op de huid heeft vastgezet en de patiënt zich binnen drie dagen na het verwijderen van de teek bij de huisarts meldt, is een eenmalige profylactische dosis



doxycycline het overwegen waard. Teken worden op sommige plaatsen meer gevonden dan op andere. Ook in stadstuinen of parken kunnen mens en dier een teek oplopen.

Bij verwijdering binnen 24 uur is de kans op besmetting verwaarloosbaar klein. Mensen die een teek van hun huisdier verwijderen, lopen geen kans om bij die handeling besmet te raken. Honden krijgen Lymeziekte ook, zij het veel minder vaak dan mensen. Bij sommige hondensoorten lijkt er sprake te zijn van een genetische predispositie; bij Berner Sennenhonden komt de ziekte vaker voor.⁹

KATTENKRABZIEKTE

Kattenkrabziekte wordt veroorzaakt door de bacterie *Bartonella henselae*. Bij de mens veroorzaakt de infectie in eerste instantie knobbeltjes en blaasjes in de buurt van de beet of krab. Later kunnen vergrote, soms abcederende lymfeklieren ontstaan. In 90% van de gevallen is kattenkrabziekte een onschuldig ziektebeeld met alleen lokale huidafwijkingen en lymfadenitis. Bij een derde deel van de patiënten gaat de ziekte met koorts en algemeen ziek-zijn gepaard. De aandoening is in principe zelflimiterend. Als de patiënt zich ziek voelt of koorts heeft, kan men behandeling met doxycycline overwegen. Bij abcedering is drainage van de lymfeklieren een optie.¹⁰ Het RIVM schat dat er ongeveer 300 tot 1000 gevallen per jaar zijn.¹¹

Katten zijn veelal drager van de bacterie én van vlooiën die de bacterie tussen katten overdragen. Zonder vlooiën vindt er geen overdracht tussen katten plaats. Het is niet duidelijk of de mens ook via vlooiën besmet kan raken. Jonge katten (< 2 jaar) lopen de grootste kans om besmet te raken met *Bartonella henselae* en in het algemeen verloopt de besmetting symptomeloos. Om kattenkrabziekte bij dier en mens tegen te gaan is vlooiënbestrijding zeer belangrijk. Men moet proberen niet gebeten of gekrabbd te worden. Mocht dat wel gebeuren, dan moet men de wond uitspoelen met water en ontsmetten.

PUSTULAIRE DERMATITIS

Dierenartsen hebben na verlossingen vrijwel allemaal wel eens 'pukkels' (pustulaire dermatitis) op de armen gehad of deze bij collega's gezien, vooral na een 'vieze verlossing', waarbij de vrucht al dood is. Het betreft erythemateuze plekken met centraal kleine pustuls tot 5 mm in doorsnee, die soms spontaan doorbreken. Er kan ook sprake zijn van koorts en algehele malaise. Bekende veroorzakers zijn *Listeria monocytogenes* en *Salmonella*. Pustulaire dermatitis is een typische beroepsziekte, bekend onder dierenartsen en ook wel veehouders.

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* verscheen in 1996 een artikel over contactinfecties bij dierenartsen na een verlossing. Van de 76 ondervraagde dierenartsen hadden 60 deze infecties gehad.¹² Van hen consulteerden 18 de huisarts, die in alle gevallen antibiotica voorschreef. Het lijkt verstandig een breed spectrum antibioticum te kiezen dat in ieder geval werkzaam is tegen de meest voorkomende verwekkers, *Listeria* en *Salmonella*.

Figuur 3 Kattenvlooiën zorgen voor de overdracht van de bacterie *Bartonella henselae*, de veroorzaker van kattenkrabziekte



Foto: Shutterstock

ANDERE (ZELDZAME) AANDOENINGEN

De volgende drie zoönosen geven huidaandoeningen bij de mens die op elkaar kunnen lijken: cutane miltvuur (antrax), orf (ecthyma contagiosum) en visroos (erysipeloid, besmetting met *Erysipelothrix rhusiopathiae*). Besmetting via kleine huidlaesies geeft een papel, pustel of vesikel, overgaand in een ulcus (orf en antrax) en een blauwrode verkleuring (erysipeloid).

In **[figuur 4]** ziet u achtereenvolgens mensen (handen) met een miltvuurinfectie (*Bacillus anthracis*), ecthyma contagiosum (orf-virus) en 'visroos' (*Erysipelothrix rhusiopathiae*). Op de tweede rij ziet u waar die besmetting vandaan zou kunnen komen; achtereenvolgens uit een zogenaamde 'witte kuil' (begraafplaats van dierlijk kadaver, overdekt met ongebluste kalk), van kleine herkauwers (schapen, geiten) met 'zere bekjes' en van varkens met 'vlekziekte'.

Bij een infectieziekte is

een goede anamnese belangrijk;

kijk dan ook naar omgeving en beroep van de patiënt

Antraxsporen zitten in de grond bij kadavers van dieren. De ziekte komt slechts zeer sporadisch voor en er geldt een meldingsplicht. Zowel bij mens als dier dateert de laatste melding uit 1994.¹³

Zere bekjes, ecthyma contagiosum, is een virale aandoening (behorend tot de pokkenfamilie) die veelal rondwaart op schapen- of geitenbedrijven, maar ook bijvoorbeeld bij dieren op een kinderboerderij. Na besmetting via een huidlaesie verschijnt een 'zweer', veelal op vinger of hand. Antibiotica zijn niet geïndiceerd, net zomin als chirurgisch ingrijpen.^{14,15} Onder dierenartsen die veel met landbouwhuisdieren in contact komen is het een bekende aandoening die zij zelf kunnen

Figuur 4 Bovenste rij: miltvuur, orf, visroos. Onderste rij: witte kuil (miltvuur), zere bekjes (orf), vlekziekte (visroos, *Erysipelothrix rhusiopathiae*).



hebben doorgemaakt, of ze kennen een collega die het heeft gehad.

De veroorzaker van vlekziekte (erysipeloïd, *Erysipelothrix rhusiopathiae*) komt veel voor. Verschillende diersoorten kunnen drager zijn, ook symptomeloos. Besmetting van de mens is een weinig voorkomende beroepsaandoening bij mensen die met levende dieren of dierlijke producten werken. Denk aan veehouders, dierenartsen, koks, vissers, slagers, visboeren, en anderen die in de vlees- of visverwerkende industrie werken. Erysipeloïd geneest in principe binnen twee à drie weken vanzelf, maar antibiotica versnellen het genezingsproces en voorkomen complicaties.¹⁰ Zowel mens als dier kunnen goed behandeld worden met penicillines. Varkens worden gevaccineerd, maar de ziekte komt makkelijk terug in varkenspopulaties wanneer men met vaccineren stopt (bijvoorbeeld om economische redenen). Dierenartsen zijn hierop beducht. Zij moeten immers niet alleen de dieren behandelen, maar ook hun eigen gezondheid in de gaten houden en de veehouder waarschuwen voor de risico's op overdracht naar de mens.

BESCHOUWING: DE TOEKOMST

Dit nummer van *H&W* gaat over de toekomst van de huisarts. In een 'One Health'-toekomst maken de verschillende disciplines uitgebreider gebruik van elkaars kennis dan nu het geval is. In multidisciplinair overleg vinden professionals elkaar rond het thema infectieziekten. Het zou mooi zijn als de allereerste signalen in de praktijk gedeeld werden. Vroeger ontmoetten de plattelandsdokter en de veearts elkaar aan

de toog van de lokale kroeg. Anno 2020 vinden die gesprekken ongetwijfeld weer plaats, zij het waarschijnlijk aan een digitale toog of tijdens een gezamenlijke nascholing.

CONCLUSIE

Driekwart van de infectieziekten komt uit het dierreservoir. In dit artikel hebben we alleen de zoönosen behandeld die met huid en haar te maken hebben.

- Bij infectieziekten, zeker als het om zoönosen gaat, is een goede anamnese van groot belang, waarin niet alleen de patiënt maar ook zijn omgeving in beeld komt, inclusief zijn beroep.
- Behandeling van de patiënt vraagt soms ook om behandeling van huisgenoten, inclusief die op vier poten. Daarvoor moet de patiënt uiteraard met zijn dier naar de dierenarts.
- Dierenartsen behandelen niet alleen zieke dieren, maar handelen ook preventief door dieren te vaccineren, ontwormen en ontvlooiën. Het mag duidelijk zijn dat dat net zo belangrijk is voor mens als voor dier.
- Het zou goed zijn als artsen en dierenartsen elkaar vaker spreken om de infectieziekten van mens en dier beter te kunnen bestrijden. ■

LITERATUUR

- 1 www.cdc.gov
- 2 Sánchez A, Prats-van der Ham M, Tatay-Dualde J, Paterna A, Fe C de la, Gómez-Martín Á, et al. Zoonoses in veterinary students: a systematic review of the literature. *PLoS ONE* 2017;12:e0169534
- 3 Gezondheidsrisico's geassocieerd met de studie diergeneeskunde. <http://www.arbeidshygiene.nl/uploads/files/insite/manon-bogaerts.pdf>

Effectieve toepassingen van genetica

Mevrouw Pieterse, anamnese

Mevrouw Pieterse, 33 jaar, komt met spoed bij u langs vanwege sinds een paar dagen ontstane spraakproblemen en collaps. De klachten nemen steeds meer toe. Mevrouw is bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis in combinatie met een paniekstoornis. U had haar afgelopen week geadviseerd alsnog te beginnen met venlafaxine, omdat ze er nu echt doorheen zat na relatieproblemen met haar moeder. Haar psychiater schreef haar al twee weken ervoor venlafaxine 37,5 mg per dag voor, maar mevrouw is daar pas twee dagen geleden mee begonnen, nadat ze eerst nog even bij u was langs geweest. Mevrouw Pieterse heeft het niet zo op medicijnen, maar zo ging het toch echt niet meer.

Van de psychiater had mevrouw naast de venlafaxine al eerder oxazepam en zolpidem zo nodig gekregen.

Mevrouw vertelt u dat ze na het starten met de venlafaxine het gevoel heeft de hele tijd wazig te zijn; ze ziet en hoort mensen wel, maar deze lijken ver weg. U vindt dat ze in onsamenhangende zinnen spreekt. Haar vriend heeft haar naar de praktijk gebracht, want hij begint zich toch wel zorgen te maken.

Samenvatting

Houwink EJF. Effectieve toepassingen van farmacogenetica. Huisarts Wet 2017;60(9):465-8.

Genetica dringt door in de huisartsenpraktijk. Bij kanker, hart- en vaatziekten of bijwerkingen van een geneesmiddel krijgen genetische aspecten al volop aandacht, maar de ontwikkelingen gaan snel. Richtlijnen volgen maar langzaam, websites als www.huisartsengenetica.nl bevatten alleen algemene (farmaco)genetische informatie. Daarom denkt men aan 'expertsystemen' waarin die informatie wordt gekoppeld aan het huisartsinformatiesysteem. Dan wordt *personalised medicine* mogelijk: individueel advies op basis van alle beschikbare kennis, individuele behandeling op basis van een farmacogenetisch profiel. De huisarts moet niet alleen zien dat hij zelf op de hoogte blijft, maar ook dat hij de patiënt wegwijs maakt in een woud van mogelijkheden.

De kern

- Naarmate de kennis toeneemt, wordt (farmaco)genetica een factor om serieus rekening mee te houden in de huisartsenpraktijk.
- *Personalised medicine*, een op de patiënt toegesneden behandeling op basis van diens genetische profiel, is volop in ontwikkeling maar vereist aanpassingen in de huisartsinformatiesystemen en goede samenwerking met de tweede lijn.
- Er zijn momenteel 81 geneesmiddelen beschreven waarvoor men een farmacogenetisch profiel kan laten opstellen, waaronder 27 middelen die de huisarts regelmatig voorschrijft.
- Voor psychofarmaca, die vaak langdurig gebruikt worden, wordt vaak al een farmacogenetisch profiel gemaakt om de effectiviteit en de bijwerkingen beter te kunnen voorspellen.
- Van alle Nederlanders heeft 95% een afwijking die zo'n voorspelling relevant maakt.

Naarmate onze kennis toeneemt, wordt genetica steeds meer een factor om rekening mee te houden in de zorg. Ook van de huisarts wordt steeds vaker verwacht dat hij praktische genetische zorg kan verlenen. De huisarts is bij uitstek degene die dat kan: hij kent de voorgeschiedenis, achtergrond, leefomgeving, wensen en voorkeuren van de patiënt, en zijn werkkterrein bestrijkt het hele continuüm van preventie, opsporing en diagnostiek tot therapie, revalidatie en zorg bij het levenseinde.

Wanneer er beslissingen genomen moeten worden, kunnen huisarts en patiënt terugvallen op de NHG-Standaarden, maar die hebben een serieuze beperking: ze gaan over een gemiddelde patiënt, niet over de individuele patiënt die voor je zit. Genetica is dan steeds vaker het extra puzzelstukje dat ons vertelt wat te doen – desnoods afwijken van de richtlijn. Het bewijs stapelt zich op dat er in de bevolking genetische groepen zijn die een verschillend risico hebben op een bepaalde ziekte en die ook verschillend kunnen reageren op bepaalde medicijnen.

Genetica en farmacogenetica krijgen in de richtlijnen, en ook in de dagelijkse praktijk, nog relatief weinig aandacht, maar daar lijkt verandering in te komen. De vloed van informatie uit genetisch en farmacogenetisch onderzoek, familieanamneses, omgevingsfactoren en *big data* wordt stilaan verwerkt in de NHG-Standaarden – bij de eerstvolgende herziening zal de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement veel meer informatie bevatten over erfelijke dyslipidemie. Huisartsen gebruiken de website www.huisartsengenetica.nl steeds meer en de Huisartsopleiding Nederland gaat in 2018 landelijk scholingen verzorgen over genetica en farmacogene-

Genetica krijgt maar mondjesmaat aandacht in de standaarden

tica. Steeds meer genetische en farmacogenetische informatie vindt ook zijn weg naar de huisartsinformatiesystemen (HIS). Dat alles heeft gevolgen voor de praktijk.

Genetica en farmacogenetica worden belangrijker in het gesprek met de patiënt. Meestal gaat het om erfelijke ziekten, bijvoorbeeld een erfelijk risico op borstkanker of acute hartdood, waarbij je als huisarts moet bespreken in hoeverre vroegtijdige behandeling een optie is of dat de patiënt dat om persoonlijke redenen nog niet wil. Naast oncogenetica en cardiogenetica is ook farmacogenetica sterk in opkomst: via het HIS kan genetische informatie ontsloten worden over de werking en eventuele bijwerkingen van een geneesmiddel.

LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: dr. E.J.F. Houwink, huisarts, assistent professor (tevens werkzaam bij Huisartsen Maastricht). • Correspondentie: E.J.F.Houwink@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

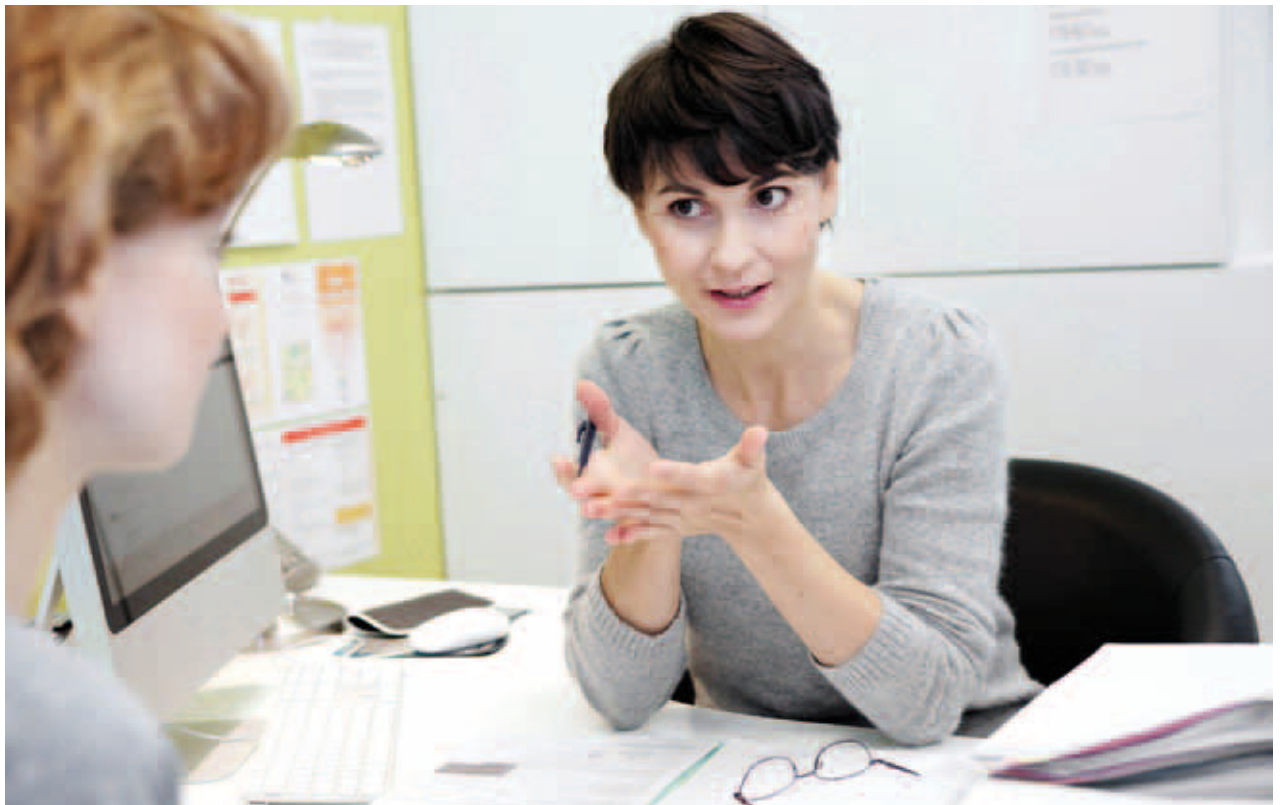


Foto: Shutterstock

Een farmacogenetisch paspoort biedt grote mogelijkheden tot zorg op maat.

Voor veel middelen zijn farmacogenetische tests ontwikkeld op basis waarvan men het farmacogenetisch profiel van een patiënt kan bepalen. Zo'n 'farmacogenetisch paspoort' (zie [figuur]), dat laat zien welk geneesmiddel in welke dosis het geschiktst is en welke middelen de patiënt in kwestie beter kan vermijden, wordt in de psychiatrie al vaak gemaakt bij het voorschrijven van psychotrope medicatie zoals die van mevrouw Pieterse. In 2016 is de ontwikkeling gestart van een

richtlijn Farmacogenetica en therapeutisch drug monitoring in de psychiatrische praktijk (zie <http://kims.orde.nl>).

PERSONALISED MEDICINE

Onder *personalised medicine* of *precision medicine*, 'therapie op maat', verstaat men het gebruiken van biologische en genetische gegevens om elke individuele patiënt precies de juiste behandeling te kunnen geven. Als het lukt die harde gegevens te integreren met de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt, biedt personalised medicine grote mogelijkheden tot zorg op maat.

Huisartsen zijn al van oudsher gewend de individuele patiënt centraal te stellen, maar personalised medicine geeft daaraan een nieuwe invulling. Doordat expertsystemen, klinische beslissingsondersteunende systemen en apps, zoals Risico Er-

Mevrouw Pieterse, vervolg

Mevrouw Pieterse vertelt u dat zij het afgelopen uur hartkloppingen heeft en zich steeds banger voelt.

Lichaamelijk onderzoek: niet acuut ziek, adequaat, soms wat traag en onsamenvattend sprekend. Pols 80; RR 120/80; ademhalingsfrequentie 14-18/min; cor souffles S1-S2; pulm vesiculair ademgeruis, geen bijgeluiden; abdomen normale peristaltiek.

Neurologisch onderzoek: hersenzenuwen geen afwijkingen; kracht beiderzijds 5/5; geen tekenen van uitval.

Lab: geen afwijkingen.

ECG: geen afwijkingen.

U vermoedt dat de spraakstoornis en het gevoel van veranderd bewustzijn ernstige bijwerkingen zijn van venlafaxine. U overlegt met haar internist; deze vertelt u dat er bij de afdeling Psychiatrie een farmacogenetisch profiel van mevrouw Pieterse bekend is. Uit dat profiel blijkt dat ze een trage metaboliseerder van venlafaxine is (zie [kader]), waardoor zij een verhoogde kans op bijwerkingen heeft.

Na dit overleg verwijst u mevrouw met spoed, omdat de bijwerkingen nog veel ernstiger kunnen worden. Bij de verwijzing voegt u het verzoek de psychiater in consult te vragen, gezien haar voorgeschiedenis.

*De huisarts moet zelf op de hoogte blijven,
maar ook de patiënt wegwijs kunnen maken*

felijke Kanker of MijnHuisarts, algemene informatie uit richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek snel en gericht kunnen koppelen aan genetische en farmacogenetische gegevens uit het HIS, kun je bij patiënten met een erfelijke aandoening veel vroeger ingrijpen, liefst nog voordat ze ziek worden. Als je van een patiënt het farmacogenetisch paspoort bij de hand hebt,

kun je veel gericht medicijnen voorschrijven en behandelingen vermijden die niet werken of die te veel bijwerkingen geven.

Bij alle nieuwe technische mogelijkheden blijft het onverminderd belangrijk dat je als huisarts empathisch blijft en rekening houdt met de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Maar de patiënt in staat stellen de regie te voeren over zijn eigen zorg betekent ook de patiënt wegwijs kunnen maken in het woud van nieuwe medische ontwikkelingen.

HET FARMACOGENETISCH PROFIEL

De Werkgroep Farmacogenetica van de KNMP publiceert sinds 2005 doseringsadviezen op basis van genotype. Momenteel zijn er doseringsadviezen voor 81 geneesmiddelen, waaronder 27 die de huisarts regelmatig voorschrijft. Iedere arts kan een farmacogenetisch profiel laten bepalen, de apotheker kan deze informatie met toestemming van de patiënt opvragen. Wanneer een andere arts het farmacogenetisch profiel van een patiënt al heeft laten bepalen, worden de testresultaten als het goed is teruggekoppeld naar de huisarts – de rollen en verantwoordelijkheden in dit nieuwe vakgebied moeten nog uitkristalliseren.

*Een farmacogenetisch profiel is belangrijk,
vooral bij psychofarmaca*

Bijna alle Nederlanders (95%) hebben wel een afwijking in een relevant gen. Als een patiënt een indicatie heeft voor een bepaald middel, maar dat middel werkt niet of heeft vermoedelijk ernstige bijwerkingen, dan wordt de farmacogenetische test vergoed. Tests die preventief worden aangevraagd zonder dat er een diagnose en een behandelingsplan is, worden echter niet vergoed.

Voor de farmacogenen worden de gevonden genotypes vertaald in fenotypes (zie [kader]). Deze fenotypes zijn opgenomen in de databases van Z-index* en Pharmabase*, en kunnen als contra-indicatie ingevoerd worden in het HIS zodat ze bewaakt kunnen worden met behulp van de G-standaard. Dat gaat als volgt:

1. roep de patiënt op in het HIS en ga naar de pagina waar de patiëntspecifieke contra-indicaties ingevoerd kunnen worden;
2. contra-indicaties met betrekking tot farmacogenetica staan onderaan de lijst, voeg de contra-indicaties die bij de juiste fenotypes horen, in in het dossier;
3. zorg ervoor dat de bewaking van deze contra-indicaties op actief staat.

EXPERTSYSTEMEN

De Nederlandse expertisecentra hebben hoge verwachtingen van het toepassen van (farmaco)genetica in de eerstelijnszorg. Dat zou heel goed kunnen gebeuren via expertsystemen die *real-time* informatie uit het HIS over diagnoses, laboratoriumbepalingen, medicatie en familiegeschiedenis koppelen aan

Figuur DNA-paspoort

Gen	Uitslag	Metabolisme	Prev. %	Getest op:
CYP1A2				
CYP2B6				
CYP2C9	*1/*1	Normaal	80%	*2, 3
CYP2C19	*1/*2	Intermediair	17%	*2, 3, 17
CYP2D6	*1/*4	Intermediair	30%	*2-10, 12, 14, 17
CYP3A4	*1/*1	Normaal	80%	*22
CYP3A5	*3/*3	Nonexpressor	80%	*3, *6
BChE				
DPYD	*1/*1	Normaal	97%	*2A, *13, 1236G>A
HLA-B*5701				
TPMT				
KORC1	*1/*1	Normaal	89%	*2, 3A, 3B, 3C
-1639CT		Normaal	80%	-1639G>A

De prevalentie in blanke bevolking. Kan afwijken bij andere etniciteiten.

Bron: Pharmaceutisch Weekblad

algemene kennis over bijvoorbeeld fenotypen van farmacogenen. Dat moet natuurlijk gebeuren in een beveiligde omgeving, en de gegevens uit het HIS worden niet opgeslagen in het expertsysteem maar onmiddellijk na het maken van een rapport voor de huisarts weer verwijderd.

Het expertsysteem kan algoritmes bevatten om bijwerkingen of ineffectiviteit van medicatie aan te tonen of uit te sluiten, en zou zo kunnen worden ingesteld dat het een signaal geeft wanneer in het HIS bepaalde klachten of bepaalde medicatie geregistreerd worden. Het systeem kan dan bijvoorbeeld uitsluitel bieden over het metabolisatiefenotype en met de

Fenotypering van metabole capaciteit

Veel geneesmiddelen worden gemetaboliseerd via het cytochroom-P450-enzymstelsel, waartoe het enzym CYP2D6 behoort. CYP2D6 breekt ongeveer een kwart van alle geneesmiddelen af, waaronder een aantal die regelmatig in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven, zoals antidepressiva, antipsychotica en bètablokkers. De [tabel] geeft een kort overzicht. Variaties in het gen dat codeert voor CYP2D6 leiden ertoe dat de activiteit van dit enzym bij sommige mensen verhoogd of verlaagd is; bij 5 tot 10% van de bevolking is CYP2D6 zelfs geheel inactief. Op basis van de CYP2D6-activiteit onderscheidt men vier fenotypes:

- **poor metabolizers (PM)**, trage metaboliseerders (twee allelen met afwezige of verminderde activiteit);
- **intermediate metabolizers (IM)**, normale metaboliseerders (één allel met afwezige of verminderde activiteit en één allel met normale of verhoogde activiteit);
- **extensive metabolizers (EM)**, snelle metaboliseerders (twee allelen met normale activiteit of één met normale en één met verhoogde activiteit) – deze groep wordt steeds vaker ook *normal metabolizer (NM)* genoemd;
- **ultrarapid metabolizers (UM)**, zeer snelle metaboliseerders (twee allelen met verhoogde activiteit).

De feitelijke metabole capaciteit varieert flink binnen elk fenotype, maar de onderliggende genotypes kunnen wel richting geven aan het farmacotherapeutische beleid, bijvoorbeeld dat men beter een afwijkende standaarddosering kan kiezen of een alternatief middel kan overwegen. Het genotype bepaalt de metabole capaciteit echter slechts gedeeltelijk en biedt daarom niet meer dan een handvat. Vaak zal *therapeutic drug monitoring (TDM)* nodig zijn om de dosering te optimaliseren. TDM heeft echter als nadeel dat herhaalde metingen nodig zijn, terwijl bij genotypering één bepaling volstaat zodat de patiënt sneller kan worden ingesteld, met als gevolg minder bijwerkingen en hogere effectiviteit.

Bron: www.knmp.nl/farmacogenetica.

Tabel Selectie van geneesmiddelen die worden gemetaboliseerd door CYP2D6.

Antidepressiva	Antipsychotica	Bètablokkers	Overige	
amitriptyline*	aripiprazol*	alprenolol	amfetamine	fluvoxamine
clomipramine*	haloperidol*	carvediol	atomoxetine*	lidocaïne
desipramine	perfenazine	metoprolol*	codeïne*	metoclopramide
fluoxetine	risperidon*	propafenon*	debrisoquine	ondansetron
imipramine*	thiorizadine	timolol	dexfenframine	oxycodon*
mirtazapine	zuclopentixol*		dextrometorfan	perhexiline
nortriptyline*			donepezil	promethazine
paroxetine			doxepine*	propranolol
venlafaxine*			duloxetine	sparteïne
zuclopentixol*			encainide	tamoxifen*
			fenformine	tramadol
			flecainide*	

* Dosering op basis van genotype opgenomen in de G-Standaard.

klinische beslisregel zou je kunnen uitsluiten dat het middel bijwerkingen heeft of helemaal niet werkt.

Zo'n expertsysteem kan ook een belangrijke steun zijn bij patiënten met een erfelijke aandoening. Als bijvoorbeeld op basis van een familieanamnese het risico op erfelijke borstkanker sterk verhoogd blijkt, kan een expertsysteem de huisarts en de patiënt uitgebreide achtergrondinformatie leveren, met verwijsmogelijkheden naar klinisch-genetische centra en een voorbeeldverwijsbrief. Het kan meteen ook vertellen wat er gebeurt bij de klinisch geneticus: dat verwijzing niet automatisch een genetische test inhoudt maar dat eerst een risico-inschatting wordt gemaakt. Het systeem kan verder informatie geven over eventuele profylactische behandelingsmogelijkheden, aangeven wat de consequenties zijn voor bijvoorbeeld levensverzekeringen en alle informatie aanreiken die nodig is voor de verwijzing naar de betreffende specialist. Er zou zelfs een familiebrief bij kunnen zitten om de patiënt te helpen bij het informeren van de familieleden.

Kortom, expertsystemen hebben grote mogelijkheden om huisarts en patiënt op een presenteerblaadje alle informatie te geven die nodig is om tot een geïnformeerde keuze te komen. Dit alles gebeurt natuurlijk in een beveiligde omgeving en de HIS-gegevens worden onmiddellijk na de rapportage gewist uit het expertsysteem.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

1. Inventariseer op welke punten de bestaande 93 NHG-Standaarden meer plaats kunnen inruimen voor personalised medicine.
2. Onderzoek hoe huisartsen denken over de noodzaak, meerwaarde en haalbaarheid van personalised medicine, zowel voor de individuele patiënt als voor de praktijk of buurt. Lo-

pen ze aan tegen consanguïteit in de wijk? Zien ze families waar diabetes of darmkanker op jonge leeftijd voorkomt?

3. Ontwikkel en test computerondersteunde beslismodellen, integreer bijvoorbeeld in de G-standaard farmacogenetische profielen die een signaal afgeven als de huisarts een middel voorschrijft dat waarschijnlijk bijwerkingen heeft.
4. De genetica en farmacogenetica die binnen de Huisartsopleiding Nederland onderwezen zullen worden, krijgen pas praktische betekenis als HIS-ondersteunende systemen, online informatiebronnen en NHG-Standaarden up-to-date zijn en potentiële verschillen tussen patiënten beter in kaart gebracht kunnen worden.
5. Maak in de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn duidelijke afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden en rollen bij personalised medicine.
6. Breng belemmeringen voor personal medicine in beeld, bijvoorbeeld met behulp van een tevredenheidsonderzoek onder huisartsen en patiënten. ■

LITERATUUR

1. Bonten TN, Chavannes NH. De toekomst van e-health in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven* 2016;32:321.
2. Farmacogenetica en therapeutic drug monitoring in psychiatrische praktijk: invitational conference [internet]. Utrecht: Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten, 2016.
3. Houwink EJJ, Rigter T, Swen JJ, Cornel MC, Kienhuis A, Rodenburg W, et al. Farmacogenetica in de eerstelijnszorg: Toepassingen en toekomstverwachtingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9204.
4. Joyner MJ, Paneth N. Seven questions for personalized medicine. *JAMA* 2015;314:999-1000.
5. van de Vijver P, van der Post K, Rosmalen K, Eyck M, Maiburg B, Kist J, et al. Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: Concilium voor de huisartsopleiding/LHV/NHG/Huisartsopleiding Nederland, 2016.
6. Van Schaik R, Houwink EJJ, Van Gelder T. Farmacogenetisch testen op CYP450-enzymen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:A9404.

WEBSITES EN APPS

- Huisarts en genetica: www.huisartsengenetica.nl.
- Farmacogenetica.nl: www.farmacogenetica.nl.

De app Risico erfelijke kanker is ontwikkeld door Radboudumc en te downloaden via de Google Play Store. Het is een samenvoeging van drie eerdere apps voor erfelijke borstkanker, darmkanker en kinderkanker. De darmkanker-app is aangepast aan de nieuwe richtlijn erfelijke darmkanker 2.0 uit 2016.

De app MijnHuisarts is ontwikkeld door Orfeus BV en te downloaden via Google Play Store. De app geeft patiënten van TransHIS-praktijken toegang tot het eigen huisartsens dossier.

Mevrouw Pieterse, conclusie

De psychiater van mevrouw Pieterse heeft een farmacogenetisch profiel aangevraagd, maar heeft verzuimd de testresultaten door te geven aan de huisarts of de apotheker. Nu is de vraag of de psychiater op basis van het hem bekende farmacogenetisch profiel wel in eerste instantie venlafaxine had moeten voorschrijven.

Spreekuur van de toekomst

DE TOEKOMST VAN DE HUISARTS? SURE

We zijn eraan gewend geraakt dat computers steeds meer menselijke taken beter, goedkoper en veiliger kunnen uitvoeren. Waar we nog maar moeilijk aan kunnen wennen, is dat die ontwikkeling exponentieel sneller gaat. Mensen hebben een slechte intuïtie voor exponentiele groei. Daarom overschatten we vaak wat er in een jaar mogelijk is, en onderschatten we wat er in tien jaar kan veranderen.

Tien jaar geleden hield Steve Jobs de eerste iPhone trots omhoog. De wereld vroeg zich af of er een markt was voor een smartphone met aanraakscherm. Iedere expert kon je destijds vertellen dat de smartphone steeds kleiner, krachtiger en goedkoper zou worden. Technologie ontwikkelt zich immers al decennia exponentieel. Maar bijna niemand kon voorspellen dat in 2017 een kwart van de wereldbevolking het destijds piepkleine Facebook zou gaan gebruiken. Dat we taxi's zouden bestellen met Uber, appartementen boeken met Airbnb, Whatsappen met onze vrienden en familie, daten met Tinder en foto's sturen met Snapchat. De meeste van die diensten bestaan nog maar net vijf jaar.

Wat gaat technologie betekenen voor de toekomst van de huisarts? Bijna iedereen probeert die vraag te beantwoorden door de toepassingen die we nu kennen te extrapoleren naar de toekomst. Appen met je dokter. Inzage in je dossier. Slimmer online afspraken maken. Dat zijn *no brainers*. Natuurlijk gaat dat gebeuren. Daarmee ga je voorbij aan een wezenlijk

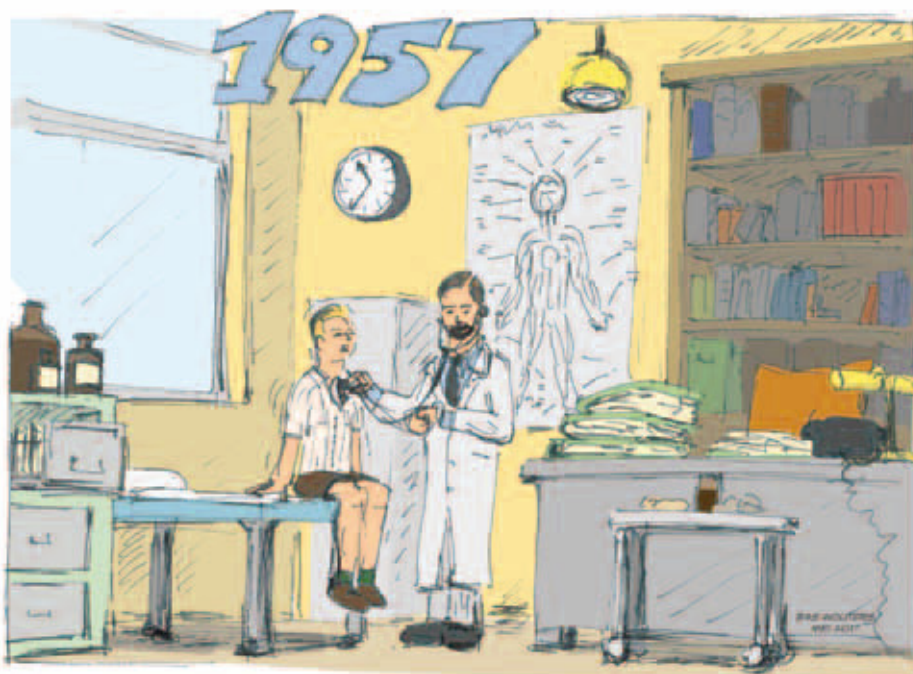
kenmerk van innovatie. Die is disruptief en grillig. En pas als we in de achteruitkijkspiegel kijken, realiseren we ons hoe verbluffend snel het is gegaan.

Welke technologieën in de komende tien jaar net zo bepalend worden als de smartphone destijds ligt redelijk voor de hand. Kunstmatige intelligentie, sensoren, Internet-of-Things en de cloud. Ook die technologieën groeien nog steeds exponentieel. En ze geven zicht op toepassingen die we ons nu nauwelijks kunnen voorstellen, en die we over tien jaar volkomen normaal zullen vinden. Het ligt voor de hand dat triage, diagnostiek en data-driven ziektemanagement steeds meer het domein van slimme software en big data zullen worden. En dat menselijke coaching en empathie een opwaardering krijgen.

Maar het feit dat ik dit nu al kan bedenken, maakt zo'n voorspelling verdacht. Net als bijna elke voorspelling over de huisarts van de toekomst. Kortom: over tien jaar praten we verder. Tenzij u de bedenker van Whatsapp bent, dan luister ik graag even naar uw voorspelling. ■

Jan Jacobs

Jan Jacobs (1957) houdt zich als journalist, analist en IT-ondernemer al sinds 1980 intensief bezig met IT en de invloed daarvan op consumenten. Hij is de uitgever van www.smarthealth.nl, een blog over digitale technologie in de zorg dat maandelijks zo'n 50.000 bezoekers bereikt.





HET HIS VAN DE TOEKOMST: DE PATIËNT ALS INFORMATIEDRAGER

Januari 2020: Julia (40) maakt online een afspraak bij haar huisarts en typt als reden: 'Elke dag moe!' Vlak voor het consult checkt de huisarts in het HIS Julia's tabblad met 'personal health-info' waarin onder andere gegevens worden verzameld vanuit apps die Julia gebruikt. Ze ziet dat Julia wat gewicht heeft verloren en dat ze vrijwel niet heeft gesport in de afgelopen vier weken. Tijdens het consult stelt de huisarts aanvullende vragen en doet lichamelijk onderzoek. Gelukkig zijn er geen afwijkingen. Ze vat haar bevindingen hardop samen voor Julia én voor de registratie met haar spraakherkenningssoftware. Tijdens het inspreken, kiest ze vlot codes voor symptomen, klachten en differentiaaldiagnose, allemaal gesuggereerd door het systeem. Op haar scherm verschijnt een pop-up, gebaseerd op de in het systeem geïntegreerde NHG-Standaard Moeheid, met de vraag of de standaardaanvraag voor labonderzoek kan worden verstuurd. Ze klikt op 'akkoord' en maakt een vervolgspraak met Julia om de uitslagen te bespreken.

Klinkt te mooi om waar te zijn, toch? Een HIS dat écht is afgestemd op het werk van de huisarts, dat de nieuwste technologie gebruikt en dat ook nog soepel communiceert met andere systemen... Het contrast is groot met het HIS in mijn Zuid-Franse cabinet waar ik nu een aantal maanden werk. Nee, ik heb geen spraakherkenning en geen geïntegreerde richtlijnen (wel online afspraken maar die worden maar mondjesmaat gemaakt). We werken niet met episodes,

coderen nog maar weinig, krijgen geen berichten van bezoek aan de huisarts die dienst heeft en Franse patiënten shoppen graag bij de vele *pharmacies*, dus medicatiebewaking is ver te zoeken. Terug naar de steentijd, denkt u, en dat dacht ik ook toen ik begon. Maar gek genoeg werkt het haast beter dan in Nederland. Waarom? Het HIS is geen keurslijf (daarover een andere keer meer) maar bovenal: de patiënt is informatiedrager. Patiënten stappen mijn cabinet binnen met hun eigen (papierene) medisch dossier onder de arm, schudden hun medische voorgeschiedenis uit hun mouw, weten welke medicijnen ze slikken en krijgen zelf direct de uitslagen van labonderzoek, foto's en ander aanvullend onderzoek. Daarmee komen ze naar mij voor uitleg en interpretatie.

Dit maakt dat ik geloof in een driesporenbeleid om zo snel mogelijk het HIS van de toekomst te realiseren: de HIS-leveranciers gaan nu eens echt op de stoel van de huisarts zitten en investeren in gebruiksvriendelijkheid, de huisartsen omarmen massaal nieuwe technologie, en vooral: de patiënt wordt zo snel mogelijk medeverantwoordelijk voor zijn eigen dossier! ■

Annet Sollié

Annet Sollié (1970) studeerde Technische Informatica en werkte een aantal jaren in de ICT, waarna zij besloot zich om te scholen tot arts. Zij is inmiddels als huisarts werkzaam in Zuid-Frankrijk en promoveerde in januari 2017 aan de VU op de kwaliteit van gegevens in het HIS. Zij is e-redacteur van H&W.

DE TOEKOMST VAN DE MENSELIJKE MAAT

Maak ik me zorgen over het feit of de huisarts nog bestaat over twintig jaar? In het geheel niet. Lijkt de functie van de huisarts over twintig jaar nog op die van ons op dit moment? In het geheel niet.

Zo, de belangrijkste vragen zijn beantwoord wat mij betreft. Een veilig idee voor de huisartsen die ik in mijn praktijk opleid trouwens en het stelt mezelf ook wel enigszins gerust.

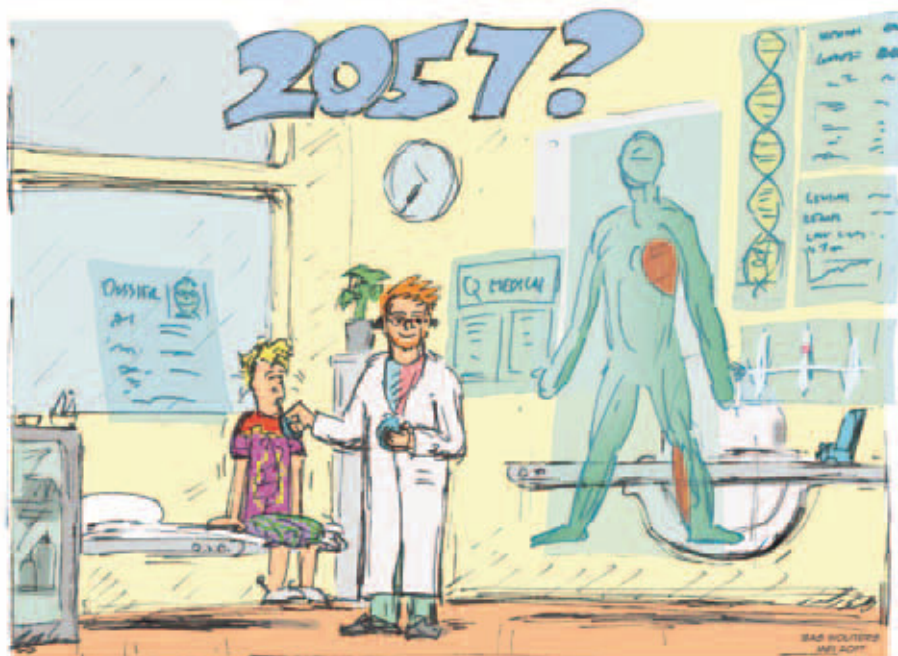
We leven in mooie, uitdagende tijden. Onze beroepsgroep is van nature conservatief, voorzichtig, afwachtend en gaat het liefst uit van vertrouwde en bewezen concepten. Die houding zullen we moeten bijstellen in een wereld die in een technologische stroomversnelling zit en 'nooit af' is (met dank aan het lezenswaardige boek van Martijn Aslander en Erwin Witteveen). Het is geen kwestie van 'er zijn wat technische mogelijkheden bijgekomen.' Het is een kwestie van: de wereld zit midden in een technologische revolutie waarvan het begin net zichtbaar is. Waar wij onze patiënten bestoken met slogans als 'zitten is het nieuwe roken' kunnen we nu ook stellen: 'de niet-bewegende huisarts is de nieuwe dodo.' Tot uitsterven gedoemd. Veranderkunde moet een standaard onderdeel van de huisartsenopleiding worden. De huisarts van nu omarmt e-communicatie, videoconsulten, het gebruik van apps en wearables, heeft weet van genetische mogelijkheden, denkt

na over nanotechnologie en 3D-printing, neemt actief deel aan online sociale netwerken en vooral: kijkt over de grenzen van zijn eigen domein. De netwerksamenleving is een feit, techniek gaat een veel prominentere rol in het huisartsenleven spelen.

Ik ken inmiddels de bezwaren vanuit onze beroepsgroep. Een daarvan is dat we bang zijn de menselijke maat te missen. Mijn idee is dat de ontwikkeling van techniek juist meer dan ooit die menselijke maat mogelijk maakt! Daarom is het erg belangrijk om als huisartsengroep die techniek niet als bedreiging te zien, maar te beschouwen als uitbreiding van ons arsenaal. Onze patiënten zullen meer dan ooit zelf ook geïnformeerd zijn, al een deel van de analyse gedaan hebben en hun eigen verwachtingen hebben over de vorm waarin ze contact met ons zoeken. Maar ze zullen contact blijven zoeken. Het is dan wel de uitdaging voor ons om deze ontwikkelingen te omarmen en onze rol hierin te herdefiniëren. ■

Bart Timmers

Bart Timmers (1960) is huisarts en huisartsopleider in 's-Heerenberg. E-health is voor hem een vanzelfsprekendheid in de dagelijkse praktijk. Hij deelt zijn ervaringen bij Changing Healthcare en propageert slimmer werken met moderne technieken bij Organiseer Je Praktijk. Ook is hij redactieraadslid bij ICT&health.



Actievere rol voor huisarts bij vaccinaties

Net als H&W bestaat het Rijksvaccinatieprogramma 60 jaar. Hans van Vliet is verantwoordelijk voor de dagelijkse coördinatie rond het programma, dat is ondergebracht bij het RIVM. In de beginjaren vervulde de huisarts een sleutelrol bij het vaccineren, maar die werd al snel overgenomen door de jeugdarts. “Het is tijd om de huisarts er opnieuw bij te betrekken, als betrouwbare gesprekspartner voor ouders.”

Om met de deur in huis te vallen: is het vaccinatieprogramma toekomstbestendig?

“Nee, er moet wel iets gebeuren. Was vaccineren in het verleden vooral een technische aangelegenheid – de mensen kwamen toch wel – nu zie je dat er onder invloed van internet en sociale media veel meer vragen leven bij ou-

ders. Ongeveer 80% gaat akkoord met vaccinatie zonder daar erg bij stil te staan. Dan heb je een groep van ongeveer 15% die twijfelt en zo’n 5% die weigert, waaronder de bevindelijk gereformeerden uit de Biblebelt. De verwachting is dat de twijfelgroep zal groeien. Daar moeten we dus op inspelen. Binnen de jeugdgezondheidszorg moet er aandacht voor komen, tegelijk met meer kennis over de achtergronden van het vaccineren. Ook huisartsen moeten goed op de hoogte zijn, want zij zullen er steeds meer vragen over krijgen.”

Welke rol zie je voor de huisarts?

“In elk geval weer een actievere rol. Ouders zoeken op internet naar informatie, maar komen er door de tegenstrijdige berichtgeving niet uit. Het is dan belangrijk dat zij hun twijfels kunnen bespreken met een professional die ze vertrouwen. De huisarts is bij uitstek zo iemand. Met het toene-

mend aantal vaccins buiten het programma om (herpes zoster, pneumokokken) komt het vaccineren de praktijk sowieso steeds meer binnen. Als huisarts kun je uitleg geven en eventueel het vaccin toedienen, zoals nu gebeurt met de griep prik, maar dat is vooral technisch. Belangrijker vind ik hulp bij de afweging om wel of niet te vaccineren. Het gesprek daarover voeren. Ik gebruik niet graag het woord voorlichting, want dat veronderstelt dat jij wel even zal vertellen hoe het zit. Nee, het gaat mij om het – gelijkwaardige – gesprek. Dat je weet welke overwegingen ouders hebben, waar ze mee zitten en dat je daarop ingaat.”

Wat is daarvoor nodig?

“Naast gespreksvaardigheden vereist dat inhoudelijke kennis. Op onze bijeenkomst hebben we daarom net een e-learning voor de jeugdgezondheidszorg gelanceerd. Doel is dat je na afloop 80 tot 90% van de vragen van ou-



ders over het Rijksvaccinatieprogramma kunt beantwoorden. Ook huisartsen kunnen zich ervoor aanmelden. Zij hoeven niet alle details te kennen, maar wel het antwoord op de vraag: waarom vaccineren we? Dat doen we niet voor al die kinderen die na een weekje weer beter zijn, maar om ernstige complicaties te voorkomen.”

In een RIVM-rapport uit 2016 staat dat de vaccinatiegraad voor het eerst landelijk is gedaald, met 0,5%. Hoe komt dat?

“Over de oorzaak kan ik kort zijn: die kennen we niet. Ons pleidooi is dan ook om daar onderzoek naar te doen. Overigens vinden wij deze kleine daling nog niet verontrustend. Het enige zorgelijke is dat we met mazelen rond de grens

*“Als artsen twijfelen,
gaan ouders ook twijfelen”*

zitten: volstaat de groepsbescherming in de samenleving straks nog? De WHO-doelen, een vaccinatiegraad van twee keer 95%, halen we in elk geval niet. Voor de tweede vaccinatie al heel lang niet, met de eerste zakken we er nu ook onder.”

Wat is daaraan te doen?

“Omdat we niet weten wat erachter zit, kun je eigenlijk alleen dat doen, waarvan onomstotelijk bewezen is dat het werkt. Zo weten we dat de invloed van professionals, met name (huis)artsen, heel groot is. Als artsen twijfelen, gaan ouders ook twijfelen. Het is dus essenti-

eel dat zij een duidelijk verhaal vertellen, conform de wetenschappelijke inzichten. Er mag onder leken dan veel discussie zijn over vaccinaties, op wetenschappelijk niveau is daar geen sprake van.”

Wat als de vaccinatiegraad verder daalt? Moeten we dan denken aan verplicht vaccineren? Of aan het weren van niet-gevaccineerde kinderen van scholen en kinderdagverblijven?

“Nee, dat denk ik niet. Dat past ook niet zo bij Nederland. Er zijn wel landen waar bepaalde vaccinaties verplicht zijn, zoals België (polio), of alleen als er een epidemie uitbreekt, zoals Spanje. Maar de resultaten zijn wisselend. Aan het weren van kinderen van crèches en scholen zitten veel haken en ogen. Alleen al juridisch en op het gebied van privacy. Maar het levert bovendien nauwelijks bescherming op. Bij een epidemie van een ziekte uit het Rijksvaccinatieprogramma zijn er op basis van de meldingsplicht voor infectieziekten afdoende maatregelen te treffen. Dat gebeurt gericht, vanuit de overheid: meestal lokaal en zo nodig landelijk. Zoals met de extra vaccinaties die we bij de laatste mazelencampagne hebben aangeboden. Verder volstaat het om als huisarts een lijntje te hebben met de GGD-afdeling infectieziektenbestrijding. Daar is de vereiste know-how aanwezig.”

Wat moeten we aan met alle non-informatie over vaccinaties? Moet het RIVM zich niet actiever opstellen op internet en social media?

“Daar heb ik eerlijk gezegd weinig fiducia in, omdat het nogal ongericht is. Als

rijksoverheid geven we informatie, maar met een heel actieve rol op social media begeven we ons op een terrein dat niet echt het onze is. Bovendien hebben we, zoals altijd, nu eenmaal te maken met een veranderende samenle-

*“Focus op de ouders;
die hebben vaak
heel specifieke vragen”*

ving. Daar kun je van alles van vinden, maar daar hebben we het gewoon mee te doen. Ik zou zeggen: focus op de ouders, want die heb je tegenover je. Vaak hebben ze heel specifieke vragen en meestal zit daar angst achter: ‘Loopt mijn kind geen risico?’ Die vragen moet je beantwoorden en daar moet je open in zijn. Op dit moment is het in veel gevallen een kwestie van de prik toedienen, en klaar. Het jammere daarvan is dat de discussie zich buiten de spreekkamer afspeelt. Dat is een verloren kans, want over het nut van vaccinaties – voor het eigen kind en de samenleving als geheel – hoeft niemand te twijfelen.” ■

Tanja Veenstra

Hans van Vliet is oorspronkelijk afkomstig uit de GGD-wereld en is arts Maatschappij & Gezondheid. Voordat hij in 2015 programmamanager werd van het Rijksvaccinatieprogramma werkte hij in verschillende functies binnen het Centrum Infectieziektenbestrijding van het RIVM.

Screenen op boezemfibrilleren met single-lead handheld ECG

Vraagstelling Atriumfibrilleren (AF) heeft een prevalentie van 4,4% bij personen ≥ 65 jaar. Van alle mensen met AF heeft 25 tot 35% geen klachten (silent AF), maar wel een verhoogd risico op trombo-embolische complicaties waarvoor bij een CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 -score een indicatie bestaat voor orale anticoagulantia.

De NHG-Standaard raadt opportunistisch screenen aan door palpatie van de pols als de patiënt het spreekuur bezoekt. Inmiddels zijn er nieuwe technologieën ontwikkeld die in zestig seconden een eenstrooks ECG maken, waarbij de diagnose AF met hoge sensitiviteit kan worden gesteld en systematisch screenen naar AF binnen bereik komt. Is screening met deze single-lead hand-held ECG (SLHHE) effectiever dan de huidige praktijk van opportunistisch screenen voor het opsporen van silent AF bij mensen ≥ 65 jaar?

Zoekstructuur Op 26 augustus 2016 zochten wij in PubMed met de MESH-termen atrial fibrillation AND mass screening AND electrocardiography. Dit leverde 49 artikelen op: 2 voldeden aan de onderzoeksvraag, 47 vervielen omdat ze andere screeningsmethoden behandelden of omdat SLHHE's puur op sensitiviteit en specificiteit werden onderzocht. Vervolgens zochten we met vrije tekst op atrial fibrillation AND screening AND one lead ECG, wat 160 artikelen opleverde. Een daarvan was een systematisch literatuuronderzoek, maar dat viel af omdat SLHHE niet als aparte subgroep werd onderzocht. Twee artikelen voldeden aan de onderzoeksvraag. Aanvullend zoeken door one-lead ECG te vervangen door single-lead ECG leverde nog een artikel op. De uiteindelijke selectie betrof alleen eerstelijns-onderzoeken.^{1,3}

Resultaten Proietti includeerde 65.747 volwassenen, van wie 20.021 ≥ 65 jaar, die zich vrijwillig aanmeldde tijdens de Belgische Hartweken.¹ De deelnemers werden gescreend met de Omron HeartScan HCG-801, een cardioloog beoordeelde het ECG. De onderzoekers vonden een prevalentie van silent AF van 1,5% onder de populatie ≥ 65 jaar. Van de totale groep silent AF had 57,5% een CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 -score.

Lowres includeerde 1000 deelnemers ≥ 65 jaar, die werden gescreend tijdens apotheekbezoek met de Alive Cor Heart monitor.² Een cardioloog beoordeelde het ECG. De onderzoekers pasten ter beoordeling retrospectief een automatisch algoritme toe. De prevalentie van silent AF was 1,5%, daarvan hadden alle personen een CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 -score.



Kaasenbrood includeerde 3269 patiënten die werden gescreend tijdens de influenzavaccinatie in tien huisartsenpraktijken in Noord-Nederland.³ De patiënten werden gescreend met de MyDiagnostick, de ECG's werden beoordeeld door een cardioloog. De prevalentie van silent AF was 1,3% bij personen ≥ 65 jaar. Van de totale groep met silent AF had 78% een CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 -score.

Bespreking Screenen op silent AF met SLHHE's onder patiënten ≥ 65 jaar leverde een puntprevalentie op van 1,3 tot 1,5%. Kritische kanttekeningen zijn er ook. Zo baseerde Proietti een eerdere diagnose van AF op een vragenlijst en niet op het medisch dossier. Daarnaast speelde in alle onderzoeken selectiebias een rol. Wat betreft de technologie: MyDiagnostick geeft na een minuut een automatische interpretatie, maar 37% hiervan blijkt vals alarm te zijn en dan is interpretatie van de ritmestroom alsnog nodig. In de onderzoeken was het de cardioloog die de ritmestroom interpreteerde. Ten slotte hadden de onderzoeken geen controlegroep waarin systematisch screenen met SLHHE's direct werd vergeleken met opportunistisch screenen door polspalpatie.

Conclusie SLHHE's zijn effectief in het opsporen van silent AF in de eerste lijn bij patiënten ≥ 65 jaar van wie het merendeel een indicatie heeft voor orale anticoagulantia. Het moet nog blijken of systematisch screenen met SLHHE's effectiever is dan opportunistisch screenen.

Betekenis De huisarts krijgt door de vergrijzing steeds meer patiënten met atriumfibrilleren in de praktijk. Om de morbiditeit en mortaliteit door trombo-embolische complicaties te verlagen, moeten ook de mensen met silent AF worden opgespoord. Daarbij bieden SLHHE's een hoopvol alternatief voor opportunistisch screenen, met een lage tijdsinvestering en hoog gebruikersgemak. ■

LITERATUUR

- 1 Proietti M, Mairesse GH, Goethals P, Scavee C, Vijgen J, Blankoff I, et al. A population screening programme for atrial fibrillation: a report from the Belgian Heart Rhythm Week screening programme. *Europace* 2016;18:1779-86.
- 2 Lowres N, Neubeck L, Salkeld G, Krass I, McLachlan AJ, Redfern J, et al. Feasibility and cost-effectiveness of stroke prevention through community screening for atrial fibrillation using iPhone ECG in pharmacies: the SEARCH-AF study. *Thromb Haemostasis* 2014;111:1167-76.
- 3 Kaasenbrood F, Hollander M, Rutten FH, Gerhards LJ, Hoes AW, Tieleman RG. Yield of screening for atrial fibrillation in primary care with a handheld, single-lead electrocardiogram device during influenza vaccination. *Europace* 2016;18:1514-20.

Leren van evidence-based besluitvorming

Patiënten verwachten dat een huisarts zorgvuldig onderbouwde beslissingen neemt. De huisarts zal hiervoor kennis van recent wetenschappelijke inzichten moeten combineren met de situatie en wensen van de patiënt en de eigen klinische expertise. Dat is wat we verstaan onder evidence-based medicine (EBM). Hoe leren aios dit op de werkvloer en leren opleiders ook van aios?

Momenteel besteedt de huisartsopleiding vooral aandacht aan de eerste drie theoretische stappen van EBM: het stellen van de juiste, klinische vragen, het verkrijgen van het best beschikbare bewijs in de literatuur en het op waarde schatten van dit bewijs. Dit wordt onderwezen tijdens de terugkomdagen op het opleidingsinstituut. De vaardigheid om onderzoeksresultaten te integreren in de eigen klinische expertise en de wensen en voorkeuren van de patiënt zijn echter lastig aan te leren tijdens theoretische lessen. Het is niet duidelijk wat de beste methode is om EBM te leren toepassen op de werkvloer.

Door de toename aan wetenschappelijke literatuur en richtlijnen heeft de huisarts van de toekomst nieuwe vaardigheden nodig. Hij moet de basisvaardigheden hebben om richtlijnen, wetenschappelijke artikelen en andere evidence te vinden en op waarde te schatten, maar hij moet dit vooral ook op een juiste manier leren integreren in zijn klinisch handelen. De opleider en de aios beheersen beiden specifieke vaardigheden waarbij ze van elkaar kunnen leren op de werkplek: de opleider heeft meer klinische expertise en de aios kan vaak beter omgaan met (nieuwe) wetenschappelijke informatie.

Eerder onderzoek liet zien dat het leren toepassen van EBM een multifactorieel proces is, dat niet alleen valt te leren tijdens de terugkomdagen op het opleidingsinstituut.¹ Het leerproces vindt vaak op een informele manier op de werkvloer plaats. De huisartsopleider is een belangrijk rolmodel voor de aios, maar de opleider leert ook van de aios door discussie, observatie, reflectie en andere onbewuste leerprocessen. Toch lijkt de huisartsopleider niet altijd een ideaal rolmodel: onderzoek laat zien dat artsen het nemen van evidence-based beleidsbeslissingen niet altijd gemakkelijk vinden en het daarbij ook lastig vinden om hun beslissingen expliciet te onderbouwen.² Veel beslissingen verlopen volgens zogenoemde 'mindlines': geïnternaliseerde, onbewuste richtlijnen die artsen in de loop van hun carrière hebben opgebouwd op basis van informatie die zij ooit hebben gelezen of gehoord in artikelen, nascholingen of gesprekken met collega's.³ Daardoor is het lastig gezamenlijk te leren van onderbouwde beleidsbeslissingen en kan het nodig zijn te onderzoeken hoe dit leren nu precies plaatsvindt en hoe het, indien nodig, verbeterd kan worden.



Foto: Shutterstock

Een groot deel van het EBM-leerproces vindt waarschijnlijk op de werkvloer plaats.

NAAR EEN BETER LEERPROCES

Waarschijnlijk vindt een groot deel van het EBM-leerproces plaats op de werkvloer, waarbij de opleider een belangrijk rolmodel is voor aios en de opleider ook leert van de aios. Om beiden optimaal te ondersteunen in dit leerproces is het belangrijk meer zicht te krijgen op de manier waarop aios en opleiders op dit moment leren EBM toe te passen op de werkvloer. De hamvraag is daarbij: hoe leren aios en opleiders in de dagelijkse praktijk om EBM toe te passen en hoe kunnen we deze leerprocessen ondersteunen en verbeteren? ■

LITERATUUR

- 1 Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, Van der Heijden GJMG, De Wit NJ, Hoes AW, et al. Does integrated training in evidencebased medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6:7172.
- 2 Te Pas E, Van Dijk N, Bartelink MEL, Wieringa-De Waard M. Factors influencing the EBM behaviour of GP trainers. A mixed method study. *Med Teach* 2012;35:e990-7.
- 3 Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" *Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ* 2004;329:1013.

Op pagina 450 besteedt Marlous Kortekaas ook aandacht aan evidence based medicine.

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-op-leiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij aan het promoveren is • Coördinatie: Nadine Rasenberg en Claudia Bijen • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

Genetisch profiel als selectie criterium voor statines

De meeste patiënten die een statine krijgen in het kader van primaire preventie, slikken deze voor niets. De numbers needed to treat (NNT) om een cardiovasculair event te voorkomen zijn nog steeds hoog, ook in de hoogrisicogroep. Onderzoekers streven daarom al jaren naar een verfijning van de bestaande cardiovasculaire risicoscores om gerichtere behandeling mogelijk te maken. Zou een genetisch profiel daarbij kunnen helpen?

De onderzoekers vergeleken de effectiviteit van de behandeling met statines tussen mensen met een hoog genetisch risico en mensen die dat niet hadden. Zij gebruikten hiervoor de gegevens van een gerandomiseerde trial, waarin statines als primaire preventie van coronaire hartziekten werden onderzocht (het WOSCOPS-onderzoek, $n = 4910$), en twee observationele cohorten ($n = 1154$ en $n = 4392$). Voor elke deelnemer werd een polygenetische risicoscore berekend, afgeleid van 57 veelvoorkomende DNA-variaties die in eerder onderzoek werden geassocieerd met coronaire hartziekten. De onderzoekers vergeleken de effectiviteit van de behandeling met statines van de mensen met een hoog genetisch risico (top 20%) met alle anderen. Ook bekeken zij de samenhang van de genetische risicoscore met verkalking van de kransslagaders en plaque in de a. carotis.

Behandeling met statines bij deelnemers aan het WOSCOPS-onderzoek met een hoog genetisch risico gaf een risicoreductie van 44% (95%-BI 22 tot 60) voor het krijgen van een eerste coronair event, terwijl dat bij de andere deelnemers maar 24% was (95%-BI 8 tot 37) was. De bereikte LDL-cholesterolverlaging was vergelijkbaar. Als de resultaten van het WOSCOPS-onderzoek gepoold werden met de resultaten van de twee observationele onderzoeken, dan was de risicoreductie in de hoogrisicogroep 46%, versus 26% bij de andere deelnemers. In absolute percentages werd een risicoreductie bereikt van 3,6% (95%-BI 2 tot 5,1) in de hoogrisicogroep, en een risicoreductie van 1,3% (95%-BI 0,6 tot 1,9) bij de andere deelnemers. De genetische risicoscore hing ook samen met het hebben van verkalkte kransslagaders en plaque in de carotis.

Mensen met een hoog genetisch risico hebben meer subklinische atherosclerose en hebben, zowel in relatief als in absoluut opzicht, meer baat bij behandeling met statines om een eerste coronair event te voorkomen.

RISICOSCORES VERFIJNEN

Het liefst zouden we alleen statines voorschrijven aan de patiënten die er het meest baat bij hebben. Tot nu toe schrijven we ze voor aan patiënten die de grootste cardiovasculaire ri-

sico's lopen. Van statines is namelijk bekend dat de relatieve risicoreductie binnen verschillende patiëntengroepen (hoog en laag risico) vergelijkbaar is, met zo'n 20% afname van het risico voor een coronair event per mmol/L LDL-reductie. Door alleen hoogrisicopatiënten te behandelen, bereiken we dus de grootste absolute risicoreductie. De bevinding dat niet alleen de absolute risicoreductie maar ook de relatieve risicoreductie groter is bij een bepaalde groep patiënten, is daarmee bijzonder.

De NHG-Standaard adviseert om een belaste familieanamnese – gedefinieerd als het hebben van een vader, moeder, broer of zus die voor het 65e levensjaar een hart- en vaatziekte kreeg – mee te wegen boven op het gecalculeerde risico. Dit is een grove maat voor de genetische belasting, maar deze zou mogelijk verfijnd kunnen worden met een genetische score. In de beschreven onderzoeken was het NNT bijna een factor 3 lager voor mensen met een hoge genetische risicoscore dan voor de anderen. In de 13,6 jaar durende follow-up van het WOSCOPS-onderzoek bedroeg het NNT om één coronair event te voorkomen 13 voor mensen met een hoog genetisch risico, versus 38 voor de anderen. Deze resultaten zijn veelbelovend, maar ze zijn gezien de onderzoeksofzet en de populatie niet rechtstreeks te vergelijken met de risicoschatting van de NHG-Standaard.

In de toekomst kunnen we patiënten mogelijk gericht behandelen door genetische informatie toe te voegen aan traditionele risicoscores. Om te bepalen of dit echt wat oplevert voor de praktijk, is het eerst nodig te kwantificeren in hoeverre de traditionele risicoschatting en NNT daadwerkelijk verbeteren voor de totale populatie. Mogelijk kunnen we dan ook statines afraden aan mensen met een gunstig genetisch risicoprofiel en een middelmatig risico op basis van traditionele risicoscores. Nog altijd zullen dokter en patiënt samen de kosten en baten van behandeling moeten wegen, waarbij verschillende NNT acceptabel kunnen zijn. Daarbij zitten er nogal wat implicaties aan het gebruik van genetische gegevens in de dagelijkse zorgpraktijk. Een discussie hierover is nodig. ■

LITERATUUR

- 1 Natarajan P, Young R, Stitzel NO, Padmanabhan S, Baber U, Mehran R, et al. Polygenic risk score identifies subgroup with higher burden of atherosclerosis and greater relative benefit from statin therapy in the primary prevention setting. *Circulation* 2017;135:2091-2101.

E-health verhoogt risico op ongelijkheid

Van e-healthtoepassingen wordt verwacht dat zij leiden tot betere kwaliteit van zorg, betere ondersteuning van zelfmanagement en efficiëntere of goedkopere zorg. Die voordelen gelden misschien niet voor iedereen. De vrees bestaat dat e-healthtoepassingen kunnen leiden tot sociale ongelijkheid in toegang, gebruik of kwaliteit van zorg, de zogenoemde 'digitale kloof'. Daarmee kan een tweedeling in de gezondheidszorg ontstaan tussen mensen die e-health gebruiken en degenen die dat niet doen. Recent verscheen een review waarin is verkend of e-health het risico op ongelijkheid in de zorg vergroot.

De auteurs zochten in verschillende databanken naar literatuur over sociale ongelijkheid bij het gebruik van e-health.¹ Zij includeerden kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken die tussen 2006 en 2016 werden gepubliceerd. De zoektermen waren gerelateerd aan e-health en sociale ongelijkheid. De kwaliteit van deze onderzoeken is vastgesteld met criteria die afhankelijk zijn van het type onderzoek. Alle onderzoeken zijn kwalitatief geanalyseerd om relevante thema's te vinden. De auteurs deden een meta-synthese om de verschillende thema's samen te vatten.

Zij vonden 5266 artikelen, waarvan zij er 73 includeerden: theoretische artikelen, reviews, kwalitatieve en kwantitatieve empirische onderzoeken. De kwaliteit varieerde. Naast veel Amerikaanse onderzoeken waren er onderzoeken uit Groot-Brittannië, Australië, Duitsland en Nederland. De meeste onderzoeken richtten zich op het gebruik van technologie door mensen met een verhoogde kans op ongelijkheid of op het gebruik van specifieke e-healthtoepassingen (zoals persoonlijke gezondheidsdossiers, gezondheidsapps of digitale gezondheidsinformatie) door verschillende groepen.

De auteurs verdeelden de digitale kloof in ongelijke toegang tot internet, ongelijke kennis over hoe internet te gebruiken en ongelijkheid in equipment, waarbij het bijvoorbeeld gaat over vaardigheden, technische ondersteuning en programma's die zijn afgestemd op individuele gebruikers. De kwetsbaarste groepen bij sociale ongelijkheid zijn volgens hen ook het kwetsbaarst voor de digitale kloof: ouderen, mensen met een laag inkomen, een laag opleidingsniveau of lage (gezondheids)vaardigheden en etnische minderheden. Om het risico op een digitale kloof te verkleinen doen de auteurs de suggestie om de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt centraal te stellen (met aandacht voor vaardigheden, moedertaal en culturele achtergrond), computers met voldoende internetsnelheid beschikbaar te hebben, combinaties van offline en online toepassingen aan te bieden, evenals training en technische ondersteuning.

E-health levert een risico op voor sociale ongelijkheid. De snelle groei in het aantal beschikbare e-healthtoepassingen vraagt om maatregelen om een digitale kloof tegen te gaan. Er zijn maar weinig onderzoeken beschikbaar met concrete en effectieve oplossingen.

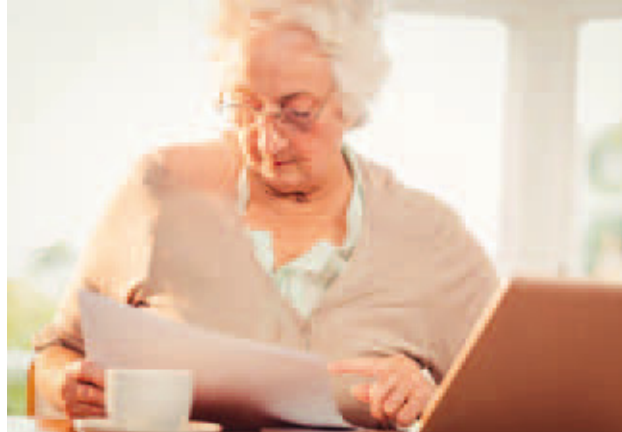


Foto: Shutterstock

Van de kwetsbare ouderen en mensen die thuis zorg en ondersteuning ontvangen gebruikt slechts 60% internet.

OOG VOOR KWETSBARE GROEPEN

De auteurs concluderen terecht dat het aanbieden van e-healthtoepassingen het risico op ongelijkheid in de zorg verhoogt. Het gebruik van e-health in Nederland is nu nog laag; in 2016 bood bijvoorbeeld 22% van de huisartsen online inzage in medicatie aan, maar het is essentieel om ons bewust te zijn van dit risico.² Het internetgebruik in de Nederlandse bevolking mag dan hoog zijn, van de kwetsbare ouderen en mensen die thuis zorg en ondersteuning ontvangen gebruikt slechts 60% internet.³ Bovendien vindt 20 tot 25% van hen het gebruik van internet (zeer) moeilijk.⁴ Tot slot vindt een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking (30 tot 50%) het überhaupt problematisch om gezondheidsinformatie te vinden of zelf de regie te voeren over gezondheid. Dit vergroot het risico dat grote groepen patiënten over een paar jaar minder toegang hebben tot bepaalde soorten zorg. Huisartsen kunnen daarmee rekening houden door bij e-healthtoepassingen te letten op de geschiktheid ervan voor deze groepen. Minstens zo belangrijk is om te zorgen voor goede begeleiding en ondersteuning van de doelgroepen, en om voorlopig het aanbod van de traditionelere vormen van zorg in stand te houden. ■

LITERATUUR

- 1 Latulippe K, Hamel C, Giroux D. Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *J Med Internet Res* 2017;19(4):e136.
- 2 Krijgsman J, Swinkels I, Van Lettow B, De Jong J, Out K, Friele R, et al. Meer dan techniek. eHealth-monitor 2016. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2016.
- 3 Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, De Jong J, Beenkens F, et al. Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2014.
- 4 Krijgsman J, Peeters J, Waverijn G, Van Lettow B, Van der Hoek L, De Jong J, et al. Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen. Rapportage eHealth-doelstellingen 2016. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2016.

NIVEL, Utrecht: dr. I.C.S. Swinkels, senior onderzoeker e-health, gezondheidswetenschapper en epidemioloog • Correspondentie: i.swinkels@nivel.nl



Back from the future?

Als derdejaars aios kon ik in het kader van de Hippokrates-uitwisseling meelopen in een Britse huisartsenpraktijk. Ik kon er een blik in de keuken werpen en keek mijn ogen uit. De Britse aanpak brengt de nodige problemen met zich mee. Is dat ons voorland?

Britse huisartsen zijn overwerkt en het National Health System kan de patiëntenaantallen niet meer aan. Dat hoor ik van Britse huisartsen en lees ik in *The Guardian*. Volgens de Britten die ik spreek, ligt het aan de gratis zorg: patiënten zouden voor hun lol naar de dokter gaan, zo vaak als ze willen, het kost toch niks! Ik kan dit niet geloven. Hoe weinig het ook kost en hoeveel tijd je ook hebt, er zijn leukere activiteiten dan het medisch circuit doorlopen. Bovendien kunnen verzekerde patiënten in Nederland ook 'gratis' naar de huisarts, dus waar ligt dan het grote verschil in aangevraagde consulten? Door mijn ervaringen in het Verenigd Koninkrijk heb ik wel een indruk van de kern van het probleem en die roept bovendien de vraag op of de Britse situatie ons voorland is...

Het Verenigd Koninkrijk lijkt in een vicieuze cirkel te zitten; er is een probleem van vraag en aanbod. In het hele land is er een wachttijd van vier weken voor een afspraak bij de eigen huisarts. Ik liep mee in een praktijk met 13.400 patiënten en 6,6 fte huisartsen in Felixstowe, een middelgrote badplaats in een havengebied. Dit is vergelijkbaar met de Nederlandse normpraktijk met 2160 patiënten per huisarts. Er werkte een buitengewoon gemotiveerd team van praktijkmanagers, ict'ers en administratief medewerkers die de wachttijd naar een dag hadden weten terug te brengen. Dat deden zij onder andere door twee huisartsen per dag 197 telefonische consulten en triage te laten doen. Patiënten die toch een liveconsult wilden of nodig hadden, konden terecht bij een van de vier andere beschikbare huisartsen. En daar gaat het naar mijn idee mis. Een vervolgspraak bij de-

zelfde dokter is vrijwel nooit mogelijk, wat resulteert in continu brandjes blussen zonder naar de context van de patiënt te kijken. Daarnaast zag ik in de spreekkamer een manier van gespreksvoering die we in de Nederlandse huisartsopleiding op zijn minst inefficiënt zouden noemen. De patiënt vertelt wat de klacht is en de huisarts geeft de oplossing. De Britse aios noch de opleider kende de term 'hulpvraag'. Hoe Brits de term 'shared decision making' ook lijkt, zij kennen deze niet. Zou dat te maken hebben met de vroegere, feodale verhoudingen in dat land?

Wij aios weten inmiddels dat patiënten binnen hun eigen context gehoord en behandeld willen worden, bij voorkeur door dezelfde arts. En dat, als dat niet gebeurt, zij vaker terugkomen op het spreekuur: een recept voor ontevredenheid en frustratie bij dokters én patiënten. Het gebrek aan continuïteit en het ongevraagd invullen van de wensen van de patiënt leiden bovendien tot onnodige verwijzingen en aanvullend onderzoek. Dit mechanisme

leidt vervolgens tot nog meer werk: een vicieuze cirkel!

In het Verenigd Koninkrijk lijkt de eigen huisarts niet meer te bestaan. Gaan we in Nederland ook die kant op? Kwam ik na mijn stage *back from the future*? In de diensturen hebben we de continuïteit van de huisartsenzorg ook niet meer. De Britse praktijk deed me dan ook sterk denken aan onze huisartsenposten of praktijken met veel wisselende waarnemers. Toen ik overzee vertelde over onze Nederlandse dokters-assistenten en huisartsen die patiënten vaak al jaren kennen, reageerde men met een zucht "Dat is iets van vroeger..." Ons zorgstelsel zal blijven veranderen, maar laten wij als huisartsen in onze spreekkamer de hulpvraag, de opgebouwde relatie met vaste patiënten en continuïteit koesteren, en daar onderwets goed in blijven. ■

Anne Grundmeijer

Anne Grundmeijer heeft in maart 2017 de huisartsopleiding aan het VUmc afgerond.



Sneller, beter, goedkoper

E-health is het gebruik van ict om gezondheid(szorg) te ondersteunen of te verbeteren. E-health is hot. Beleidsmakers zien het als een vehikel voor zelfredzaamheid en daarmee als panacee voor de almaar stijgende zorgkosten.

Als huisartsen een nieuwe e-healthtoepassing onder ogen krijgen, is hun eerste vraag meestal of de effectiviteit ervan wel is aangetoond. Een goede vraag, maar huisartsen realiseren zich niet altijd dat een flink deel van ons dagelijks handelen evenmin wetenschappelijk is onderbouwd. Zo is er eigenlijk geen onderzoek verricht naar de behandeling van blaasontsteking bij mannen. En wat te denken van alle 'patiënten' met spreekkamerhypertensie, die wij jarenlang antihypertensiva voorschrijven?

Desondanks is evidence-based werken onze tweede natuur geworden en dat is een groot goed. Daarmee onderscheiden wij ons van kwakzalvers en voorkomen wij dat we te snel nieuwe ('nog krachtiger') geneesmiddelen voorschrijven. Het helpt ons bovendien de zorgverzekeraar ervan te overtuigen dat die een bepaalde behandeling moet vergoeden. Naar de effectiviteit van e-health is echter relatief weinig onderzoek gedaan.

Ondertussen is onze maatschappij in een moordend tempo aan het digitaliseren, ook de zorg, waardoor er een

vloedgolf aan sensoren en applicaties op ons afkomt. Hoe kun je als huisarts beoordelen welke toepassing je beslist moet inzetten en welke je juist beter links kunt laten liggen? Daar is goed onderzoek voor nodig. Maar een groot probleem bij het onderzoek naar de effectiviteit van e-health is dat de ontwikkelingen zo snel gaan dat een applicatie vaak alweer verouderd is op het moment dat een artikel ter publicatie wordt aangeboden.

Dat maakt de weg vrij voor implementatieonderzoek, waarbij een (huisartsen)praktijk een e-healthtoepassing selecteert waarvan wordt verwacht of mag worden aangenomen dat die effectief is. Op die manier kunnen we de praktische aanpak gestructureerd beschrijven en de effecten op acceptatie, workflow, kosten en medische uitkomst zorgvuldig vastleggen.

In mijn ogen zou zo'n nieuwe e-healthtoepassing dan vervolgens effectief genoemd mogen worden als aan ten minste een van de volgende drie criteria wordt voldaan:

1. De service voor patiënten verbetert, bijvoorbeeld doordat zij sneller worden geholpen of niet meer naar de praktijk hoeven te komen.
2. De zorg verbetert inhoudelijk, doordat er beter een diagnose kan worden gesteld of doordat de klinische uitkomst verbetert.
3. De zorg wordt efficiënter, zodat de kosten dalen en de zorg goedkoper wordt.

Het implementatieonderzoek leert ons of een e-healthtoepassing de zorg snel-

ler, goedkoper en/of beter maakt. Als de toepassing aantoonbaar aan geen van de drie criteria voldoet, kunnen we deze ontraden. Het is echter niet nodig dat de toepassing aan alle drie de criteria voldoet. Zo kan de inzet ervan al zinvol zijn als de zorg efficiënter wordt, zonder dat deze ten koste gaat van de service of de klinische uitkomst. Ik hoop dat we veel degelijk opgezet implementatieonderzoek naar e-health mogen begroeten. ■

Bart van Pinxteren

Bart van Pinxteren is huisarts in Gezondheidscentrum Oog in Al, Utrecht



Het eerste nummer van Huisarts en Wetenschap: een bruisend begin

In 1956 namen enkele gepromoveerde huisartsen het initiatief tot oprichting van het NHG. Huisartsen twijfelden aan zichzelf en voelden zich tekortschieten. Ze hadden grote praktijken en hun praktijkvoering was onder de maat. Hun academische opleiding sloot niet aan bij hun dagelijks werk en een wetenschappelijke basis daarvoor ontbrak.¹ Het eerste nummer van *huisarts en wetenschap*, maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap (huisarts en wetenschap nog zonder hoofdletters!) laat zien in welke richting men de oplossing voor die crisis zocht. In dit artikel bespreken we de bijdragen aan het eerste nummer.

DRIELEDIGE GEBOORTE

Aan dit eerste nummer gingen twee eerdere uitgaven vooraf. In december 1956 verscheen *Mededelingen en Publicaties*, nummer 1, jaargang 1 met als doel het interne contact met de (toekomstige) leden van het NHG te onderhouden. 'Het denken over de uitoefening van onze geneeskunst hebben wij te lang verzuimd, ook al door het hoge tempo en de overvuldheid met werk in de huisartsenpraktijk. Dientengevolge moest geneeskunde vaak te snel worden uitgeoefend om eerst de vraag naar het waarom en waartoe te kunnen stellen. Toch is deze vraagstelling nopens het waarom, hoe en wat, bij het begin van de werkzaamheden van ons Genootschap nuttig en noodzakelijk.'²

Al in februari 1957 volgde *Huisarts en wetenschap*. *Mededelingen en publicaties van het NHG*. Opnieuw: nummer 1, jaargang 1. En dan verschijnt in september het eerste nummer van de eerste jaargang van *Huisarts en wetenschap*.



DE GENEESKUNST VAN DE HUISARTS

Het redactioneel op de eerste bladzijde is getiteld *Begin*. Het is niet alleen als verenigingsblaadje bedoeld, schrijft hoofdredacteur H. Frese, huisarts te Bergambacht. De ambitie is oorspronkelijke artikelen van huisartsen te publiceren, neerslag van eigen wetenschappelijk werk, en verdieping van kennis door artikelen die de huisartsen voorlichten en bijlichten. De doelgroep wordt gevormd door de leden van het NHG en 'de overige huismedici in den lande'; de term 'huisarts' was klaarblijkelijk nog onvoldoende gemunt.

Vervolgens richt NHG-voorzitter dr. H.H.W. Hogerzeil *Een woord tot de redac-*



tie: 'Gij hebt de taak in Nederland een tijdschrift voor huisartsen te creëren (...). Dit tijdschrift biedt u als redactie de mogelijkheid de geneeskunst van de huisarts te beschrijven, en mede te helpen vormen en inhoud geven. Artikelen (...) zullen (...) medische, sociale, culturele en algemeen menselijke problemen, voor zover deze de geneeskunst van de huisarts betreffen, belichten en van een waardeoordeel voorzien.'

WETENSCHAP

Prof. dr. L.A. Hulst, hoogleraar Inwendige geneeskunde en de propaedeutische kliniek in Utrecht, houdt daarna een pleidooi voor huisarts en wetenschap. 'Men zegt wel, dat de snelle vorderingen der wetenschap de patiënt zijn centrale plaats hebben doen verliezen,' zo begint hij. Maar wetenschap vermeerdert de kennis door goede waarneming, het op grond daarvan opstellen van hypothesen en toetsing daarvan door herhaalde experimenten. Het voortbestaan van de mensheid is afhankelijk van de wetenschap: de ondergang van het nazidom was het gevolg van de belemmering van de wetenschap in Duitsland, waarmee hij doelt op de Duitse geleerden die in Amerika de kans kregen de atoombom te ontwikkelen.

Het getuigt van moed en van enthousiasme, schrijft Hulst, dat een groep Nederlandse huisartsen het aandurfde onder het hoofd *Huisarts en wetenschap* een nieuw tijdschrift aan de 6369 bestaande tijdschriften toe te voegen.

Bij zijn dood in 1996 zouden zijn leerlingen hem een goede dokter noemen: '(...) wanneer een zieke zich aan hem had toevertrouwd, kon deze op blijvende steun rekenen, zelfs al waren zijn of haar klachten niet te rubriceren in onze medische diagnostiek. Naar zijn overtuiging had iedere arts de plicht een aantal van dergelijke patiënten onder zijn hoede te nemen.'³

OPLEIDING

Dr. F.J.A. Huygen, huisarts in Lent en later hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Nijmegen, schrijft over *Huisarts en opleiding*: doel is de student met de patiënt als persoonlijkheid in contact te bren-

NHG-werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Utrecht: R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

gen en de patiënt in zijn eigen omgeving te laten zien. Hij beschrijft twee experimenten. In Engeland bezochten studenten een patiënt met reumatoïde artritis thuis. Een verslag van wat ze tijdens dat bezoek in het gezin van de patiënt hadden gezien en gehoord, werd besproken met de betreffende huisarts, de hoogleraar, de ziekenhuisaalmoezener, een *health visitor* en een sociaal werker. Dit (financieel goedkope) experiment was een groot succes: de studenten hadden wel meer patiënten willen bezoeken dan die ene.

In Vermont, Verenigde Staten, was het, bij gebrek aan voldoende ziekenhuiscapaciteit, al vanaf het eind van de negentiende eeuw mogelijk dat studenten twee tot vier weken bij een huisarts doorbrachten. De studenten waren enthousiast, en de leermeesters merkten op dat een dergelijk verblijf misschien



DIAGNOSE EN BEHANDELING: ANTICOAGULANTIA

In een lang artikel van vijf bladzijden schrijft dr. C.A.M. Haanen, leider van de trombosedienst in Nijmegen, over de langdurige behandeling van atheromateus vaatlijden met anticoagulantia in de algemene praktijk. De huisarts heeft door '(...) de ontwikkeling van vooral technisch omslachtige en dure methodieken ter diagnose-stelling en behandeling' terrein verloren aan de specialist, maar er openen zich ook nieuwe mogelijkheden.' Haanen noemt de behandeling van hypertensie en decompensatie, van infectieziekten, deficiëntieziekten, en allergieën. De behandeling met anticoagulantia kan de toenemende sterfte aan hart- en vaatziekten inperken. Aan het eind van het artikel dankt Haanen Huygen voor zijn kritiek en waardevolle adviezen.

ADVERTENTIES

Er staan advertenties in het nummer, zeer tegen de zin van redacteur A. Hofmans, huisarts te Rotterdam.⁴ De voorpagina is voor meer dan de helft gevuld met een advertentie voor Di-adreson, een corticosteroid. Om dat te begrijpen moeten we ons realiseren dat in 1950 de Nobelprijs was uitgereikt voor de ontdekking van de structuur en werking van de bijnierschors hormonen. De behandeling ermee had een opzienbarend effect bij reuma, en verdrong op slag de toenmalige behandeling met ont-

stekingsremmers als methotrexaat en sulfasalazine. In de jaren daarna werd duidelijk welke bijwerkingen er aan die behandeling verbonden waren. Het middel werd voor de indicatie reuma zo omstreden dat niemand het meer durfde toe te passen. Andere advertenties prijzen Didipin aan voor enuresis of Vitupept voor maagzweren en gastritis. Er is ook een lijst van Consultatiebureaux voor geslachtskunde, de Rutgershuizen, met telefoonnummers en adressen.

SPEERPUNTEN

Wat houdt de huisartsen anno 1957 bezig, voor zover je daarover tenminste mag oordelen op grond van dit ene nummer?

In de notulen van bestuursvergaderingen van het NHG lezen we dat de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek een morbiditeitsstatistiek wil samenstellen. De Commissie Patiëntenregistratie wil, nu de werkkaart met brochure binnenkort klaar komt, haar werkzaamheden uitbreiden tot de wetenschappelijke bestudering van de praktijkvoering. Ook scholing heeft de aandacht: er komt een Commissie Nascholing en op het NHG-Congres van november 1957 zal een voordracht worden gehouden over hypertensie.

In de aanvullende ledenlijst (het aantal leden is inmiddels 590) staat met enige trots vermeld dat inmiddels drie NHG-leden gepromoveerd zijn: dr. H.A.M. Ruhe uit Hilvarenbeek, dr. H.J.



nog belangrijker was voor de latere specialisten dan voor degenen die later zelf huisarts wilden worden. Maar, zo vraagt de schrijver van het Amerikaanse artikel zich af: is de ervaring die de studenten opdoen niet sneller en efficiënter op te doen in een ziekenhuis? De student in aanraking te brengen met de wisselwerking tussen gezin, gemeenschapsmilieu en ziekte is zeker gewenst, maar de basis voor kennis op dit terrein is vooral empirisch, de wetenschappelijke grondslag ervoor is erg magar.





Klein Obbink uit Amsterdam en dr. H. Takens uit Roodeschool.

De studiegroep Artikelendocumentatie verzorgt in dat eerste nummer een groot aantal referaten. Dr. R.S. ten Cate, die toen al een belangrijke rol speelde in de ontwikkeling van de praktijkvoering, schrijft over een Engels kaartstelsel voor huisartsen.

We lezen wat de verschillende lokale afdelingen van het NHG aan activiteiten ontplooiën: men doet aan nascholing, er is belangstelling voor de biografische anamnese en voor de psychosomatiek. In Rotterdam is een werkgroep Medische psychologie opgericht die het werk van Jung gaat bestuderen. Erg concreet lijkt het allemaal (nog) niet. In een referaat over een artikel over multiple sclerose in de *BMJ* valt te lezen dat de arts over het algemeen de patiënt de diagnose MS niet dient mee te delen, tenzij de ziekte tot blijvende invaliditeit leidt!

Het befaamde artikel van Doll en Bradford Hill, waarin voor het eerst overtuigend het verband tussen roken en longkanker werd aangetoond, wordt gerefereerd⁵ en een artikel uit de *JAMA* waaruit blijkt dat pruimtabak een nog grotere belasting voor hart en vaten vormt dan roken. Naar aanleiding van

een artikel in de *Practitioner* wordt gerefereerd over de sphygmomanometer, dat is de bloeddrukmeter. Maar over wat een normaalwaarde voor bloeddruk is, verschillen de meningen. In de afdeling Zwolle wordt een voordracht gehouden over hypertensie. In Noordwijk gaat J.D. Mulder onderzoek doen naar glucosurie. Hart- en vaatziekten is een item, nog voor de piek in de epidemie in de zeventiger jaren.

Er zijn referaten over acute epiglottitis en over varicellenpneumonie. Een referaat betreft trichomycine (een middel tegen trichomonas, candida vaginalis en amoeben) en twee referaten behandelen Penicilline V, het oraal in te nemen fenoxymethylpenicilline. We lezen ook over griepvaccinatie en de pokkenvaccinatie bij de zeer jonge zuigeling. Er staat een paginagrote advertentie in het nummer voor het poliomyelitisvaccin dat uit voorraad leverbaar is! Na de epidemieën in 1952 en 1956 is 1957 immers het jaar waarin de inenting tegen polio van start gaat.

Behalve over infectieziekten lezen we over anemie in de zwangerschap, in Rotterdam spreekt een vrouwenarts over moeilijkheden bij de bevalling, in de afdeling Zwolle wordt een voordracht

gehouden over verloskunde, en er wordt gesproken over homoseksualiteit.

CONCLUSIES

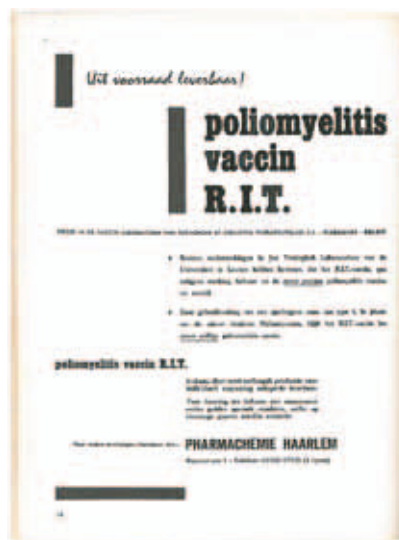
Het eerste nummer van H&W is geschreven in een tijd dat de verloskunde voor veel huisartsen nog deel uitmaakte van hun vak. De infectieziekten anno nu zijn niet die van toen. Zorg voor psychosociale problemen zouden we misschien nu contextuele geneeskunde noemen. Seksualiteit had toen al, nog voor de introductie van de pil, de aandacht van huisartsen. Dat oncologie nergens genoemd wordt is opmerkelijk, gezien vanuit onze tijd van palliatieve zorg en euthanasie. Maar hart- en vaatziekten vormen nog steeds een actueel onderwerp.

Het eerste nummer van H&W bruijst van enthousiasme en getuigt van grote werklust. De grote lijn is uitgezet: de praktijkvoering staat in de steigers, er wordt nagedacht over op de huisarts toegespitst onderwijs en nascholing, over de arts-patiëntrelatie; en de eerste stapjes worden gezet op weg naar wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek, in die tijd vooral morbiditeitsonderzoek. Voor de huisartsgeneeskunde als specialisme en als wetenschappelijke discipline ligt de basis klaar. Het werk kan beginnen. ■

Ger van der Werf, Ron Helsloot

LITERATUUR

- 1 Van Osselen ECM, Helsloot RSM, Van Zalinge EAB, Van der Werf GTh. *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Houten: Bohn Staf-leu van Loghum, 2016.
- 2 Van Bergen L. Driedelige geboorte van een tweeling: NHG en H&W. *Huisarts Wet* 2007;10:514-6.
- 3 Punt K, Roos J. In memoriam prof.dr L.A. Hulst. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1481.
- 4 Hofmans E. Het begin: een impressie van de eerste jaargang. *Huisarts Wet* 1982;25:22-5.
- 5 Doll R, Bradford Hill A. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. *Br Med J* 1956;2:1071-81.



Social media @onderzoekdoen: #howtodoit #tips&tricks

Het is niets nieuws: een onderzoek waarbij de inclusie niet voorspoedig verloopt. Voor onderzoekers is het een uitdaging om via huisartsenpraktijken geschikte patiënten te werven en het benodigde aantal te halen. Er zijn verschillende manieren om dat voor elkaar te krijgen en daarbij kan een moderne vorm niet achterwege blijven: open werven via social media. Tenslotte delen, liken, tweeten en posten we de hele dag door. Maar hoe zet je social media in voor de inclusie van patiënten in een onderzoek?

Het includeren van patiënten kan moeizaam verlopen en daarbij spelen verschillende factoren een rol. In een recent onderzoek ging men na wat die factoren zijn (Van der Gaag, persoonlijke communicatie). De aanleiding daarvan was het vroegtijdig stoppen van een onderzoek, naar de medicamenteuze behandeling van patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom, door tegenvallende inclusie. Voordat het onderzoek werd gestopt, is alles uit de kast gehaald: de onderzoekers bezochten deelnemende huisartsen om ze te motiveren patiënten aan te melden, verstuurden wettelijk nieuwsbrieven en loofden zelfs beloningen uit voor elke aangemelde patiënt. Helaas zonder effect. De onderzoekers vonden factoren die een rol spelen bij moeizame inclusie, zoals te strenge inclusiecriteria, uitvoeren van een onderzoek naar zeldzame cases en een onderzoeksprotocol dat niet overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Hierdoor worden onderzoeken vaak verlengd: soms met 50% van de vooraf ingestelde inclusieperiode.¹

Facebook en Twitter

Het trAPP-onderzoek (*treatment of acute ankle sprains in general practice*) is een onderzoek naar een nieuwe behandeling van enkeldistorsies, een trainingsprogramma ondersteund door e-health,



Foto: Shutterstock

Om social media in te zetten als wervingsmethode is het belangrijk van tevoren het format en doel vast te stellen.

waarbij huisartsen wordt gevraagd geschikte patiënten op het spreekuur aan te melden.² Al snel bleek dat deze wervingsmethode niet zo vlot verliep als gehoopt, waardoor reeds tweemaal verlenging van de inclusieperiode is aangevraagd bij de Medische Ethische Toetsingscommissie (METC). Uiteindelijk is bij de METC zelfs goedkeuring gevraagd voor open werven.

De onderzoekers maakten daarna een website met onderzoeksinformatie en een online inschrijfformulier voor patiënten, ter promotie van het onderzoek maakten ze een Facebook- en Twitter-account aan.³ Deze formats zijn ook gebruikt om patiënten te informeren over 'leuke weetjes' over het onderzoek.

Daarnaast schreven de onderzoekers websites aan die mogelijk door geschikte patiënten worden bezocht. Naast online werving brachten zij het onderzoek onder de aandacht met promotiemateriaal (flyers en visitekaartjes, inclusief een QR-code voor onze aanmeldwebsite) binnen sportverenigingen, huisartsenposten, tijdens nascholingen en sportevenementen, zoals de Rotterdamse Marathon.

Sinds de start van het open werven komt ongeveer eenderde (32,4%) van alle aanmeldingen binnen via social media, en daarvan wordt 29,0% geïncludeerd. Van alle overige aanmeldingen via de huisarts wordt ongeveer de helft (47,3%) geïncludeerd in het onderzoek.

Format en doel

Social media kan een snelle en makkelijke wervingsmethode zijn, maar

om deze optimaal in te zetten, is het belangrijk vooraf vast te stellen welk format je gaat gebruiken en wat je doel is. Dat is uiteraard afhankelijk van je onderzoeksvraag en van wie je wilt bereiken. De advertentietekst moet duidelijk zijn voor de juiste doelgroep. Continuïteit is van belang door regelmatig posts of tweets te plaatsen. Het gevaar dreigt dat er te weinig 'leven' op de formats is, waardoor de interesse van je publiek verloren gaat.

Social media is niet alleen geschikt voor werving maar ook als format voor feedback van patiënten, bij het opzetten van een onderzoek, of om patiënten gedurende de follow-up in een onderzoek te informeren en zo nodig hulp te bieden.

Werven via social media is een goed alternatief, maar is niet altijd (ethisch) mogelijk voor elk onderzoek en elke doelgroep. De juiste, geschikte patiënt vinden onder het bereikte publiek: dat is de kunst! ■

LITERATUUR

- 1 Van der Wouden JC, Blankenstein AH, Huibers MJ, Van der Windt DA, Stalman WA, Verhagen AP. Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research. *J Clin Epidemiol* 2007;60:819-24.
- 2 Mailuhu AK, Verhagen EA, Van Ochten JM, Bindels PJ, Bierma-Zeinstra SM, van Middelkoop M. The trAPP-study: cost-effectiveness of an unsupervised e-health supported neuromuscular training program for the treatment of acute ankle sprains in general practice: design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2015;16:78.
- 3 <http://www.slhamsterdam.com/trapp>.

Erasmus MC, Rotterdam: A.K.E. Mailuhu, aiotho • Correspondentie: a.mailuhu@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Leefstijl als medicijn heeft de toekomst

Het is 16 juni 2040. Vanochtend had ik een rustig spreekuur. Ik heb een paar patiënten gezien, onder wie meneer Pietersen. Hij kwam met een enkeldistorsie, verzwikt bij het sporten. Verder spraken we over zijn vrouw en zijn pensioen. Ik zie meneer Pietersen veel minder vaak dan vroeger. Dat hoeft ook niet, want hij blaakt van gezondheid en hij voelt zich vitaler dan ooit. Hij gebruikt geen pillen meer voor zijn diabetes, hypertensie en hypercholesterolemie en hij is 20 kilo afgevallen. En zo gaat het steeds vaker in mijn praktijk. Ik schrijf minder medicatie voor en heb meer tijd voor mijn patiënten. De voortdurende stroom van mensen met overgewicht en andere welvaartsziekten is afgenomen. Ik hoor u denken, wat is hier aan de hand?

Een revolutie in de gezondheidszorg heeft mijn praktijk veranderd. Voeding en leefstijl spelen de hoofdrol in het voorkómen en behandelen van ziekten. Vandaag de dag zijn voeding en leefstijl de eerste behandeling bij ziekten als diabetes type 2, colitis, Crohn, depressie, astma en migraine. Hiermee pakken we de oorzaken van ziekte aan. Pas als voedings- en leefstijlinterventies niet werken, wijken we uit naar pillen, crèmes of spuiten. We bieden voeding, beweging, ontspanning en slaap op recept. We geven algemene adviezen voor wie gezond is en gezond wil blijven, en interveniëren heel gericht bij mensen met een aandoening.

En ja, dat werkt. Nederland is niet langer inactief en ziek. De cijfers van het RIVM, CBS en NIVEL spreken boekdelen. Het aantal chronisch zieken neemt af. In de afgelopen tien jaar zijn zowel de incidentie als prevalentie van chronische aandoeningen gedaald. Nederland telt niet langer meer dan vijf miljoen

chronisch zieken, onder wie bijna een miljoen diabeten. Het was groot nieuws vorige week: 'Welvaartsziekten sterven uit.'

Licht aan het eind van de zorgkostentunnel

Terug naar 16 juni 2017. Vanochtend had ik een overvol spreekuur. Ik zucht. Hoe mooi zou het zijn als dit toekomstbeeld bewaarheid werd? Nederland is namelijk inactief en ziek. Daarnaast te dik, maar ondervoed: veel mensen hebben een tekort aan de juiste voedingsstoffen. Vermijdbaar, dat ook nog. De helft van de ziektegevallen in Nederland is te voorkomen als we andere, lees individueel geschikte, gezondere en politieke keuzen maken.¹ Ruim vijf miljoen Nederlanders bezoeken hun huisarts met een of meer chronische aandoeningen.²

De cijfers zijn glashelder. De wetenschap ook trouwens. Het is aangetoond dat je als huisarts succes kan boeken door actief bezig te zijn met leefstijl. We weten dat wanneer mensen met diabetes type 2 met een geschikte leefstijlinterventie starten, ze binnen een paar maanden met insuline (soms wel meer dan 100 IE) kunnen stoppen, dat COPD-patiënten dan minder exacerbaties doormaken en het aantal valincidenten bij ouderen kan afnemen.³⁻⁸

Dat is de reden waarom wij vorig jaar de Vereniging Arts en Voeding hebben opgericht; om artsen te helpen deze wetenschappelijke inzichten in de spreekkamer te krijgen. Dat is broodnodig. Daarnaast is leefstijl het felle licht aan het einde van de onbetaalbare zorgkostentunnel; alleen al obesitas/overgewicht en ondervoeding kosten de Nederlandse gezondheidszorg jaarlijks respectievelijk 1,6 en bijna 2 miljard euro.⁹⁻¹⁰ De huidige gezondheidszorg is ziekenzorg – gemedicaliseerd en medicaliserend. Aan ons de taak om hier een vitale gezondheidszorg van te maken. Onlangs hoorde ik een collega zeggen dat hij zich steeds meer een loodgieter voelt die verstoppingen verhelpt in plaats van voorkomt. Wij dokters zijn aan zet.

Begin vandaag

En ja, het is haalbaar. Maar dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het vereist een verandering in gezondheidsbewustzijn. We moeten ons bewuster worden van de noodzaak en het effect van curatieve leefstijlinterventies. Daar is van alles voor nodig. Scholing voor artsen en geneeskundestudenten wat betreft kennis en kunde over voeding en gedragsverandering. Een verbeterde samenwerking tussen verschillende specialisten – in het bijzonder de (huis)-arts, praktijkondersteuner en diëtist. De patiënt krijgt de regie. *Shared decision making* moet aan de orde van de dag zijn. Het beloningsmodel moet op de schop. Vergoeding van preventie en leefstijl moet aantrekkelijk zijn. De gemeente kan verantwoordelijkheid nemen door regionale leefstijlprogramma's aan te bieden, en kaderartsen preventieve en curatieve leefstijl geneeskunde kunnen de beroepsgroep ondersteunen met specialistische adviezen.

Het is 16 juni 2017. Ik wil niet 23 jaar wachten tot de gezondheidszorg anders en beter is. Ik begin vandaag tijdens mijn volle spreekuur met leefstijl als medicijn. Want voeding, beweging en ontspanning hebben de toekomst. Doet u mee? ■

LITERATUUR

- 1 Mackenbach JP. Ziekte in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2010.
- 2 De Staat van Volksgezondheid en Zorg: <https://www.staatvanz.nl/kerncijfers/chronische-aandoening-jaarprevalentie-huisartsbezoek>. Laatste update februari 2017.
- 3 Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily DA, McGrory J, et al. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. *N Engl J Med* 2003;348:2074-81.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Huisartsenpraktijk Julianalaan, Zwaag; T.A.M. de Weijer, huisarts en voorzitter Vereniging Arts en Voeding. Huisartsenopleiding, Universitair Medisch Centrum, Groningen; I.A.C. de Vries, huisarts in opleiding, vicevoorzitter Vereniging Arts en Voeding. • Correspondentie: tdeweijer@artsenvoeding.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

MEDISCH CONTRAST

Femke Veldman. *Medisch Contrast. Dokter in twee werelden*. Breda: Ambilicious, 2017. Prijs € 17,95. ISBN 978-94-92551-14-6. Speciale wachtkamereditie. Prijs € 12,50. ISBN 978-94-92551-15-3. Bestellen via <https://www.ambilicious.nl/winkel>.

‘De Nederlandse klaagcultuur draagt eraan bij dat alles altijd maar beter, groter en mooier moet, terwijl onze gezondheidszorg nu al steengoed is op veel terreinen. De zorg zou veel meer gewaardeerd worden als we ons zouden realiseren dat de zorg nu al beter is. Beter dan elders.’

Femke Veldman werkte als tropenarts in Ghana, Zuid-Afrika en Malawi. Inmiddels is zij huisarts-in-opleiding in Utrecht. Na terugkomst in de Nederlandse gezondheidszorg verbaasde zij zich over de topzorg die in ziekenhuizen en bij de huisarts geleverd wordt en vooral over het gebrek aan waardering van deze zorg. Zij schreef het boek *Medisch Contrast*.



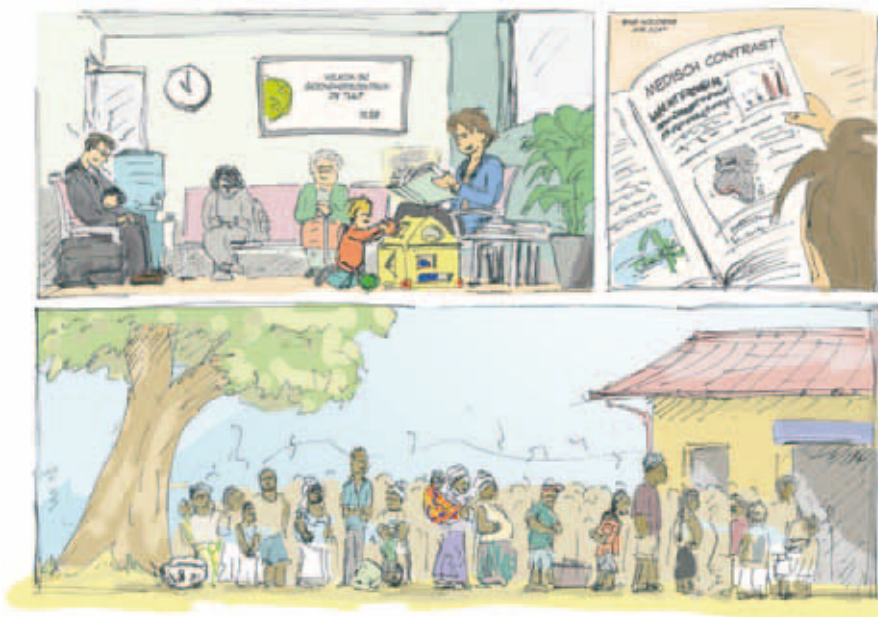
trast, waarin zij de verschillen in medische zorg laat zien tussen Afrika en Nederland. Met dit boek wil ze lezers de problemen in de Nederlandse gezondheidszorg laten relativeren. Om patiënten en zorgverleners weer in te laten zien hoe goed we het hebben in Nederland. Hoe alles wat wij als normaal beschouwen niet overal vanzelfsprekend is.

Het boek is onder andere interessant voor in de wachtkamer.

Om de wachttijd bij de dokter mee te vullen en te relativeren. En voor wie eenmaal begonnen is met lezen, is een half uur wachten vast te kort. Hieronder volgt een hoofdstuk uit *Medisch Contrast*.

Danka Stuijver, gastredactielid H&W

WACHTRIJ



Illustratie: Bas Wouters

In het ochtendgloren stroomden de Afrikaanse wachtkamers vol met patiënten. Niemand had een afspraak, niemand moest er op een bepaalde tijd zijn. Ze wisten dat dit doktersbezoek de hele dag in beslag zou nemen en hadden dus ook niks anders voor deze dag in de planning. Ze verwachtten dat de rij eindeloos waren en dat de dokter ineens weer een uur of langer weg kon zijn om te eten of een spoedkeizersnede uit te voeren. De rij bleef dan onbeweeglijk achter. Met oneindig veel geduld.

volle wachtruimte. Het werd uiteindelijk altijd weer rustig.

Voorrang geven (triage) aan de ernstig zieken, omdat die sneller hulp nodig hadden, werd zelden toegepast. De verpleegkundigen probeerden dit wel bij binnenkomst, maar dit was geen waterdicht systeem, eerder een willekeurig beoordelen van wat patiënten.

Ook waren de patiënten en mantelzorgers niet altijd even mondig en gaven ze zelf bij binnenkomst niet aan hoe ernstig de situatie was. Door het ontbreken van triage werden met regelmaat volwassenen met milde klachten eerder be-

Wat betreft het ervaren van werkdruk heb ik persoonlijk meer moeite met vier wachtende mensen in Nederland die me vragend, ongeduldig dan wel bozig aankijken, dan met de honderden wachtenden in Ghana. Een groot verschil is dat een doktersafpraak in Nederland wordt ingepland tussen tal van andere afspraken, terwijl patiënten in Afrika slechts hopen dat ze voor het donker weer thuis zijn.

Voor een dokter in Ghana was een overvolle wachtkamer met rijen mensen als een lange to-do lijst. Sommigen werkten zich ervoor over de kop, andere wisten ook dat ze af en toe moesten pauzeren. De meeste ontwikkelden in ieder geval een soort van immuniteit voor de altijd

handeld dan de zieke kindjes die hoge koorts hadden door de malaria. De moeders van deze zieke kindjes volgden de instructies op en wachtten geduldig op de dokter.

Op een dag werd er een moeder met een ziek kind met haast bij me naar binnen gebracht. Het kindje was bleek en futloos. Het had een epileptische aanval gehad in de wachtrij. Ik voelde een hoge temperatuur op het hoofdje, Ik luisterde naar het hartje en hoorde niks. Niks. Ik keek de vertaler aan. 'No heartbeat.' De vertaler vertelde het aan de moeder. Zij pakte het kindje op, bond het weer op de rug, legde een doek over het hoofdje en vertrok uit de kamer. Ze stapte achter op de motor en ging terug naar haar dorp.

Na dit sterfgeval brak er iets in mij. Dit mooie, gave kindje leefde zojuist nog. Ze wachtte zo geduldig tot het te laat was. Een vroegtijdige behandeling met een bloedtransfusie en malariamedicatie had dit kindje waarschijnlijk gered. Er was niet veel voor nodig geweest.

Ik kon maar nauwelijks bevatten dat de moeder zo snel



Illustratie: Bas Wouters

alweer alleen buiten stond, met haar kindje op de rug gebonden alsof het nog leefde. De vertaalster vertelde dat de moeder thuis zou gaan rouwen. Niet in het openbaar. Ik wel. In het openbaar. Balen, ik kon mijn tranen niet meer bedwingen. Dit sterven was gewoon zo onnodig. Even pauze houden. ■

‘Door middel van twee stillevens heb ik geprobeerd de contrasten, maar ook de overeenkomsten tussen de huisarts van vroeger en nu weer te geven. De foto’s

verschillen niet alleen in inhoud, maar ook in stijl, elk passend bij de tijd waar ze naar verwijzen.' ■



Met dank aan Wim Jabroer, huisarts Gezondheidspunt Laakkwartier, Den Haag.



Met dank aan Bart van Pinxteren, huisarts Gezondheidscentrum Oog in AI, Utrecht, en het RADAR-CNS onderzoeksproject.



Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus '60 jaar: aftakeling of tweede jeugd?'

Casus

Patiënt: Man, 59 jaar jong of oud, dat is nu juist de vraag.

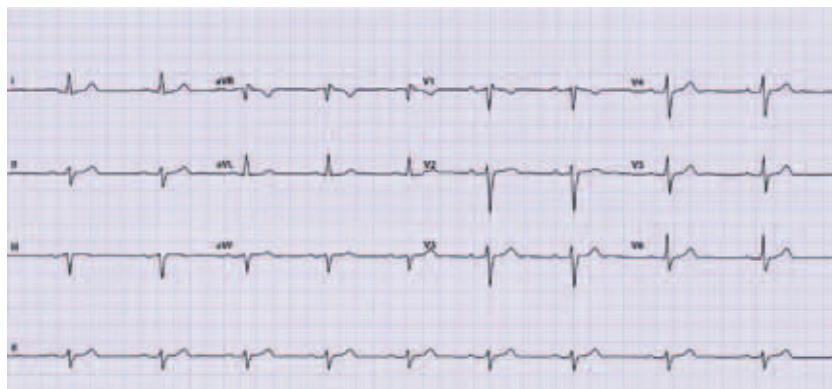
Voorgeschiedenis: Licht overgewicht, rookte fors tot drie jaar geleden, sportte nooit. Is een jaar aan het hardlopen en heeft nu een normaal postuur.

Medicatie: Geen.

Anamnese: Op 15 oktober 2017 wordt hij 60, en hij roept al zijn hele leven dat dat oud is. Hij zoekt nu naar een manier om dat enigszins te ontkennen. Het gegeven dat op zijn 60e verjaardag de marathon van Amsterdam plaatsvindt, kan in zijn optiek dan ook geen toeval zijn. Hij wil daar starten – en finishen – en komt bij de huisarts voor een kleine keuring met ECG. Als het hart goed is, hoeft hij zich immers geen zorgen te maken plotseling om te vallen. Een scenario waar zijn vrouw overigens nadrukkelijk rekening mee houdt.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk: 136/80 mmHg, pols: 76/min, regulair. Hart en longen: geen afwijkingen.

Het ECG van deze patiënt ziet er als volgt uit:



OPGAVE

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.¹
2. Wat is uw beleid?

LITERATUUR

- 1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.

Het juiste antwoord vindt u op www.henw.org/oplossingcasus. ■

Huisarts en Wetenschap

wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
www.henw.org

Gastredactie

Hanneke Borgdorff (voorzitter), Claudia Bijen, Tobias Bonten, Marcelle van Eupen, Lisanne Jonker, Chantal Panman, Danka Stuijver en Loes Wouters.

Redactie

Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Bér Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollié, Wim Verstappen.

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.
Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Aan dit nummer werkten mee: Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie) en Margot Scheerder (beeldredactie).

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum,
Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: traffic@bsl.nl, Roos De Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2017
ISSN 0018-7070

bohn
stafleu
van loghum

mvw
medische voor- en
wetenschappelijke

Individualisering

De opmerking 'Als ik ziek ben, heb ik nooit koorts' heeft u vast wel eens gehoord, of 'Paracetamol helpt bij mij niet'. Eerlijk gezegd schud ik bij zulke uitspraken in gedachten vaak meewarig mijn hoofd. Een van mijn patiënten had een DNA-medicatie-paspoort aangevraagd. Het Erasmus MC biedt dit aan. Deze man reageert erg snel met bijwerkingen op allerlei medicatie waarbij het voor mij niet duidelijk is in welke mate dit met zijn zeldzame nieraandoening te maken heeft. Ik vraag me alleen af welke waarde ik aan zo'n paspoort moet hechten. Toch heb ik de neiging om met de adviezen mee te gaan. Personalised medicine is actueel: behandeling en preventie die zijn afgestemd op genetische en andere kenmerken van de individuele patiënt, van diens specifieke leefstijl en context. Nu houden we met onze NHG-Richtlijnen steeds meer rekening met verschillen tussen patiënten, en we houden al jaren rekening met context-factoren. Maar de techniek gaat snel. Een voorbeeld is precision medicine: optimale behandeling volgens biomarkers of het genetische profiel (*Trendanalyse Biotechnologie 2016*). Zulke behandelingen komen vroeg of laat heel dichtbij voor bijvoorbeeld diabetes of kanker. Een genetisch profiel is uiteraard geen glazen bol die de toekomst voorspelt. Toeval blijft een vast onderdeel van het levensrepertoire. Maar als huisarts zullen we tijdig op deze ontwikkelingen aansluiten om de patiënt optimaal te behandelen of te begeleiden.

Rob Dijkstra



Rob Dijkstra

Nieuwe versie boek Wondzorg

De recente derde editie van het boek *Wondzorg in de huisartsenpraktijk* biedt de nieuwste inzichten, zoals uit de NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtonden. Bij dit boek hoort een praktisch e-book voor uw smartphone of tablet dat u bij de patiënt thuis of in de behandelkamer snel kunt raadplegen. Het e-book is gratis bij de aanschaf van het boek. www.nhg.org/winkel



HUISARTS UNIVERSALIS
nieuwsgierig in ontwikkeling
NHG-CONGRES 2017 • 17 NOVEMBER • RAI • AMSTERDAM

nhg
nederlands huisartsen
genootschap

DAAG UW BREIN UIT!
Meld u aan op www.nhgcongres.nl

31 oktober STiP-College NHG Soesterberg

Een STiP-College is een NHG-cursus Standaard in Praktijk over vijf actuele richtlijnen tegelijkertijd. Op 31 oktober praten de makers van de richtlijnen u bij over:

- NHG-Standaard Duizeligheid;

- NHG-Standaard Het rode oog;
- NHG-Standaard Artritis;
- NHG-Standaard Amenorroe;
- LESA Zorg voor kwetsbare ouderen.

Inschrijven kan via www.nhg.org/agenda

Formularium-app NHG-RX



Op veler verzoek hebben NHG en digitaal uitgever Digitalis het NHG-Formularium verwerkt in de app NHG-RX. De app bevat het complete NHG-Formularium. De informatie was al beschikbaar via het HIS, maar door de app is de informatie gemakkelijker te raadplegen (tablet, mobiel (iOS en Android) en pc). De app is vanaf dit najaar te downloaden en is gratis voor NHG-leden.

Aftrap Stoptober op 8 september

Op 8 september 2017 start voor alweer de vierde keer de campagne Stoptober 28 dagen niet roken. Wilt u dit jaar ook een bijdrage leveren? Posters en

materialen zijn gratis te bestellen in de webwinkel van het Trimbos-Instituut. Meer informatie vindt u op stoptober.nl of op nhg.org.

Maak informatie toegankelijk voor uw patiënt



Foto: Shutterstock

Wie leest over de toekomst van de huisartsenzorg in Nederland, kan niet om de term e-health heen. E-health kan de huisarts tijd besparen, kan de administratieve lasten verminderen en geeft patiënten inzicht in hun eigen gezondheid. Deze voordelen van e-health blijven nu nog vaak onbenut, onder meer omdat veel patiënten de e-health-diensten van de arts nog niet gebruiken.

Een van de drempels bij de toepassing van e-health is het toegankelijk aanbieden van informatie aan de patiënt. Dit gaat volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) verder dan dat je alleen het dossier toegankelijk maakt. De patiënt die thuis het dossier inziet, moet de informatie wel kunnen begrijpen. De website Thuisarts.nl, die het NHG in 2012 heeft gelanceerd, kan hierbij in de toekomst een rol spelen. Met een juiste koppeling kunnen patiënten direct vanuit hun dossier doorklikken naar betrouwbare en begrijpelijke voorlichting over de aandoening die zij hebben. Patrick Jansen, huisarts en hoofdredacteur van Thuisarts.nl: 'Denk bijvoorbeeld aan nierinsufficiëntie. Deze term is voor patiënten niet goed te begrijpen. Goede informatie op Thuisarts.nl kan een patiënt dan helpen om zich beter voor te bereiden op het gesprek met de huisarts. Dit biedt voor beide partijen voordelen.'

Patiëntinformatie op maat

Naast de wens om Thuisarts.nl in de toekomst te kunnen koppelen aan het dossier, blijft Thuisarts.nl een belangrijke bron voor publieksinformatie. Om blijvend aan deze vraag te kunnen voldoen, is de website continu in ontwikkeling. Zo heeft het NHG in de zomer de website vernieuwd. Voor de circa 1,7 miljoen bezoekers per maand is de informatie over hun probleem of aandoening nog beter toegankelijk. De teksten

op Thuisarts.nl zijn geschreven vanuit de situatie van de patiënt en bieden hiermee ondersteuning op maat. Er is aandacht voor zelfzorg bij klachten. Ook bevat Thuisarts.nl zelfhulpinstrumenten, keuzeondersteuning voor patiënten, patiëntenwijzers, en verwijzingen naar patiënten-, lotgenoten-, en mantelzorgorganisaties. Deze ontwikkeling past bij de ambitie van het NHG om huisartsen meer te ondersteunen bij persoonsgerichte zorg.

Voorlichting voor, tijdens en na consult

Met de vernieuwing van Thuisarts.nl kan de website de positie van betrouwbare medische informatiebron verstevigen. Tot op heden was deze informatie uitsluitend afkomstig van de huisarts, vanaf deze maand wordt de website uitgebreid met tweedelijns informatie in samenwerking met Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland. Hiermee maakt het NHG het eenvoudiger om patiënten voorlichting te geven over de behandeling in het ziekenhuis of binnen de geestelijke gezondheidszorg; thuis en in de spreekkamer van de huisarts of de specialist. Thuisarts.nl blijft hiermee de betrouwbare en onafhankelijke medische bron voor alle Nederlanders, gezond of ziek. Maar vooral blijft de website het voorlichtingsgereedschap voor de huisartsenpraktijk. [JP, PJ, TD]

Thuisarts.nl in de spreekkamer

Om u in uw spreekkamer nog meer te ondersteunen, blijven we zoeken naar mogelijkheden om Thuisarts.nl beter toepasbaar te maken tijdens uw consulten, zoals met animatiefilmpjes en duidelijk fotomateriaal. Deze ontwikkelingen delen wij graag met u op het Ledenforum van HAWeb. Maar wij zijn vooral erg benieuwd naar uw mening, ook via het HAWeb Ledenforum.

Het e-consult, bekend maakt bemind

Hoe vaak communiceert u digitaal met uw patiënt? Veel huisartsen bieden het e-consult aan, maar het gebruik in de praktijk valt nog tegen. Dat is jammer, want er is een vergoeding voor, er zijn heldere NHG-kaders en vrijwel alle HIS'en kunnen het. En het belangrijkste: veel patiënten willen digitaal een vraag kunnen stellen. Hoe kunnen we het gebruik van het e-consult laten toenemen? Jaco van Duivenboden van Nictiz geeft tips.

Wat is het e-consult ook alweer?

Het e-consult is de digitale mogelijkheid om een vraag aan een arts te stellen, aanvullend op het consult op de praktijk of een telefonisch consult. Een van de voordelen is dat de patiënt de vraag kan stellen op het moment dat het hem uitkomt. Ook voor de huisarts kan het prettig zijn om vragen digitaal af te handelen op een zelfgekozen moment.

eHealth-monitor: gebruik in de praktijk



Foto: Shutterstock

Sinds 2013 onderzoeken Nictiz en NIVEL met de eHealth-monitor het aanbod en het gebruik van e-health door onder andere huisartsen en patiënten.

Daarin valt op dat er een kloof is tus-

sen aanbod en gebruik. In 2016 bood 60% van de huisartsen de mogelijkheid van een e-consult aan en maar 3% van de zorggebruikers meldde daar ook gebruik van te maken. Dit jaar is in meer detail de houding van patiënten tegenover het e-consult onderzocht. De resultaten hiervan zijn in augustus gepubliceerd (www.nictiz.nl, Factsheet e-consult).

Patiënten hebben zowel positieve als negatieve beelden bij digitaal contact met de huisartsenpraktijk. Als pluspunt noemen zij vooral dat zij zelf kunnen bepalen wanneer zij een vraag stellen. Dat het contact minder persoonlijk is, zien patiënten als een minpunt. Gebruikers van het e-consult ervaren dit echter minder als een probleem.

Waarom patiënten ondanks het aanbod het e-consult niet gebruiken, weten we niet precies. Deels heeft het te maken met onbekendheid. De praktijk kan hier vrij gemakkelijk wat aan doen, namelijk door het e-consult actief onder de aandacht te brengen. Praktijken die dit doen, zien vaak een stijging in het aantal e-consulten. Andere mogelijke aandachtspunten zijn gebruiksvriendelijkheid en het gemak van bestaande kanalen: 'Een beller is sneller.'

Checklist e-consult

Voor ondersteuning bij het e-consult biedt het NHG de Checklist e-consult. Deze checklist benoemt de belangrijkste

aandachtspunten en te regelen zaken als u met het e-consult aan de slag wilt. Een aandachtspunt is bijvoorbeeld voor welke onderwerpen een e-consult al dan niet geschikt is: niet voor nieuwe klachten of problemen of voor spoedeisende zaken, maar wel voor vragen over uitslagen, medicijnen of follow-up bij chronische aandoeningen.

Ook aspecten als veiligheid en privacy staan in de checklist. Zo is een e-consult per gewone e-mail af te raden. Het heeft de voorkeur om een e-consult voor patiënten aan te bieden via een beveiligde website en achter een loginmethode. Vrijwel alle HIS'en bieden deze mogelijkheid, al dan niet via een derde partij.

In de checklist staan ook praktische punten over de communicatie met patiënten. De mogelijkheid van een e-consult aanbieden is één ding, maar dat stimuleert nog niet automatisch het gebruik. De patiënt die er gebruik van wil maken, zal ook van het bestaan af moeten weten.

Zelf aan de slag

Wilt u ook aan de slag met het e-consult? De NHG-checklist is een prima startpunt. Ervaringen van artsen en patiënten en tips voor in de praktijk komen aan bod in het door Nictiz samengestelde kennismagazine *eConsult bij de huisarts, van belofte naar praktijk* met daarin de Actieagenda e-consult. Na de zomer start Nictiz in samenwerking met het ministerie van VWS met deze actieagenda. Onderdeel daarvan is een communicatietoolkit om e-consult in de praktijk onder de aandacht te brengen. Heeft u suggesties hoe e-consult beter te maken en beter onder de aandacht te brengen? We horen ze graag op info@nictiz.nl of info@nhg.org. [JvD]



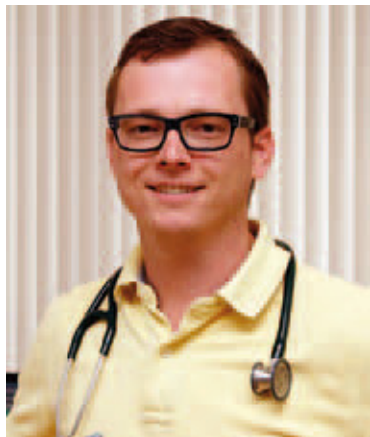
Foto: Nictiz

Jaco van Duivenboden,
senior adviseur eHealth bij Nictiz

Meer weten?

- NHG-Checklist e-consult uit 2014: zie www.nhg.org/checklist-econsult;
- Nictiz-kennismagazine: *eConsult bij de huisarts* uit 2017: zie nictiz.nl;
- Nictiz/NIVEL-factsheet e-consult: zie www.nictiz.nl/publicaties/rapporten/factsheet-e-consult;
- Nictiz/NIVEL-eHealth-monitor uit 2016: zie <https://www.nictiz.nl/ehealth/ehealth-monitor>;
- KNMG-richtlijn online arts-patient contact uit 2007: zie knmg.nl, dossier Online contact;
- HAweb Ledenforum > Patiëntenzorg > E-health.

Digitaal surfen op een zee van informatie



Niels Rossen, huisarts in Venray

Hoe gaan huisartsen om met informatiestromen? Niels Rossen, huisarts en youtubevlogger, over het NHG-Congres dat gewijd is aan leren: 'Hoe ik kijk naar de huisarts in de toekomst, is dat je blijft leren in de breedste zin van het woord, met verschillende methodieken en innovatieve werkwijzen.'

Wat zijn de uitdagingen voor de toekomst als het gaat om leren, en hoe besteedt het NHG-Congres in november daar aandacht aan?

Niels Rossen, huisarts met een

eigen youtubekanaal en lid van de NHG-Congrescommissie, vindt dat de huisartsenwereld dynamischer is geworden, maar ook onoverzichtelijker: 'Vroeger leerde je uit een boek of in een zaaltje. Maar nu heb je interactieve media, virtual reality en serious games. Vroeger leerde je over een ziektebeeld als je toevallig een patiënt tegenkwam met dat ziektebeeld. Tegenwoordig is er veel meer informatie beschikbaar en ga je zelf op zoek. In de afgelopen twee jaar is er evenveel gepubliceerd als in de de hele menselijke geschiedenis die daaraan voorafgaat. Die enorme hoeveelheden informatie en mogelijkheden ordenen is de uitdaging voor de moderne mens, zowel voor de arts als voor de patiënt.'

Leren filteren

Rossen over het congres in november: 'We hebben huisarts-opleider en trainer-presentator Bart Timmers kunnen regelen voor een workshop Digitale (v)aardigheden. De deelnemers leren omgaan met de overmaat aan digitale informatie. Timmers laat zien hoe je, in plaats van je af te sluiten voor een infor-

matieoverdaad, kunt leren surfen op de golven van de informatiemaatschappij. Hij geeft niet alleen digitale trucs, maar ook breder toepasbare manieren om informatiegolven behapbaar te maken.' 'Niet alleen de kwantiteit van de informatie is lastig, ook de kwaliteit. Niet alleen jijzelf, ook de patiënt komt naar het spreekuur met een karrenvracht aan internetinformatie. Hoe schat je de betrouwbaarheid van die informatie in, zoals bij de vaccinatielwestie? Denk aan de *fake news*-discussie in Amerika. Het is het een hele opgave om niet alleen te filteren op relevantie, maar ook te beoordelen of de bron wel betrouwbaar is.'

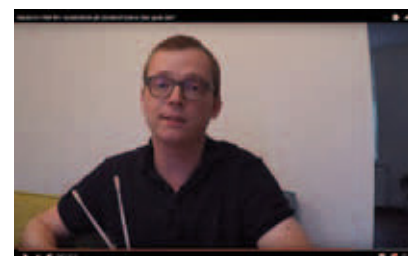
Breed vak, breder leren

'Ik zie leren niet zozeer als een taak maar als een houding: je leert veranderen, je leert om met leren om te gaan. Ik ben nu tien jaar huisarts; alleen al in die periode is er een grote dynamiek te zien. De huisartsenzorg is ook nog eens een breed vak. En om ouderenzorg, spoedzorg en ggz kunnen we niet heen. Je patiënten komen met nieuwe gadgets aanzetten, zoals gezondheidsapps en meetapparatuur. Je kunt niet al die apparaten en meetwaarden gaan beoordelen, dus hoe ga je daarmee om?' 'Je moet je wel blijven scholen, in de breedste zin, dus ook leren in de samenwerking. Ik heb sinds kort een poh-ggz in dienst. Ik wil leren hoe ik met haar moet samenwerken, ik wil leren van haar. Dat geldt ook voor de samenwerking met de poh-somatiek.' Het gaat Rossen dan niet alleen om collegiaal en interprofessioneel leren binnen je eigen praktijk: we moeten ook naar buiten. Rossen: 'De situatie is in elke gemeente, in elke provincie anders. Daarmee moet je leren omgaan. Hoe ik kijk naar de huisarts in de toekomst, is dat je blijft leren in de breedste zin van het woord. Daarbij hoort dat je verschillende me-

thodieken inzet, innovatieve werkwijzen.'

Digitale innovaties

Rossen, die zijn eigen youtubekanaal heeft, is een liefhebber van digitale innovaties: 'Bijvoorbeeld serious games: virtuele games waarmee je vaardigheden traint, zoals AbcdeSIM uit de NHG-webwinkel. Kennisnetwerk HAweb van NHG en LHV is een belangrijke facilitator van digitale informatie-uitwisseling.' Nieuwe mogelijkheden duiken in snel tempo op en het is zaak om als huisarts bij te blijven en vaardigheden te blijven ontwikkelen. Rossen ziet alweer een volgende mogelijkheid: 'Ziekenhuizen in mijn regio hebben een videoverbinding met patiënten; dat soort e-health-toepassingen kun je ook regelen voor kennisuitwisseling en communicatie tussen huisarts en specialist. Nuttige kennis en vaardigheden voor de huisarts gaan over: wat is goed te beveiligen, hoe ga je om met patiënteninformatie? Op het congres in november hebben we gezorgd voor workshops over die digitale mogelijkheden, beperkingen en vaardigheden. Want ook in de digitale wereld kun je leren samenwerken en leer je van die samenwerking.' [FK, KS]



Het youtubekanaal van Niels Rossen

NHG-Congres 17 november 2017

Geïnteresseerd in leren en ICT? U kunt op het NHG-Congres workshops volgen over blended learning, e-learning, serious gaming, digitale vaardigheden, websitesgebruik, communicatieplatforms en apps. Ook is er een NHG-Pubquiz. Voor meer informatie, zie www.nhgcongres.nl.

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma.

Eindredactie
Ellen Olbers, Susan Umans en Fijtje Koets.

Contact
Fijtje Koets, NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.
Telefoon: (030) 282 35 00. E-mail: f.koets@nhg.org.

Bijdragen
Ton Drenthen, Jaco van Duivenboden, Patrick Jansen, Fijtje Koets, Jennifer Punt en Karin van der Star.

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug.